

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Asesora
Dra. Mercedes Lulilea Ferrer Mejía.

**CLIMA SOCIAL FAMILIAR Y LA ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE PACIENTES CON
TUBERCULOSIS PULMONAR EN LA MICRORED NESTOR
GAMBETTA CALLAO -2019**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN ENFERMERIA**

VÁSQUEZ FLORES MARIEL MIRELA SHEYLA
TORREJÓN ESPINOZA SABRINA CECILIA
MURILLO SOLIS MOLY NICOLE

Callao, 2020

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA

MIEMBROS DEL JURADO

Dra. MERY JUANA ABASTOS ABARCA	Presidenta
Dra. ANA MARÌA YAMUNAKUÈ MORALES	Secretaria
Mg. MARÌA ELENA TEODOSIO YDRUGO	Miembro

ASESORA: Dra. Mercedes Lulilea Ferrer Mejía.

NUMERO DE LIBRO: 01

NUMERO DE ACTA:08/2020

Fecha de aprobación de tesis: Viernes , 31 de Julio del 2020

Resolución de sustentación: 140-2020-D/FCS

DEDICATORIA:

Maribel Vásquez:

Dedico este trabajo a mi madre y a mi padre que me guían en todo momento, a mi hermano Antony a cada uno de mis tíos por el apoyo y el amor que siempre me brindan

Sabrina Torrejón:

Dedico este trabajo a Dios y mi familia, siendo ellos los que me impulsan cada día a ser mejor, brindando su apoyo y cariño para cumplir mis objetivos.

Moly Murillo:

Dedico este trabajo a Dios, mis padres y a mi hermano Jufet quienes siempre me brindaron confianza y apoyo en cada meta trazada, no permitiendo que desista ante las adversidades. Lo logramos familia, muchas gracias.

INDICE

INDICE	1
TABLAS DE CONTENIDO	3
TABLA DE GRAFICOS	5
RESUMEN	6
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	8
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.1 Descripción de la realidad problemática	9
1.2 Formulación del problema	13
1.3 Objetivos	13
1.4 Limitantes de la investigación	14
II. MARCO TEÓRICO	15
2.1 Antecedentes	15
2.2 Bases Teóricas	22
2.3 Base Conceptual	24
2.4 Definición de términos básicos	35
III. HIPÓTESIS Y VARIABLES	36
3.1 Hipótesis	36
3.2 Definición conceptual de variables	36
3.2.1 Operacionalización de variables	32
IV. DISEÑO METODOLÓGICO	33
4.1 Tipo y diseño de la investigación	33
4.2 Método de la investigación	34
4.3 Población y muestra	34
4.4 Lugar de estudio y periodo desarrollado.	35
4.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	35
4.6 Análisis y procedimiento de datos.	37
V. RESULTADOS	36
5.1 Resultados descriptivos.	36
VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	44

6.1 Contrastación y demostración de hipótesis con los resultados.	44
6.2 Contrastación de los resultados con otros estudios similares.	45
6.3 Responsabilidad ética de acuerdo a los reglamentos vigentes.	48
CONCLUSIONES:	49
RECOMENDACIONES	50
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:	51
ANEXOS	56
ANEXO 1	56
ANEXO 2	58
ANEXO 3	60
ANEXO 4	61
ANEXO 5	62
ANEXO 6	63
ANEXO 7	64
ANEXO 8	65

TABLAS DE CONTENIDO

Tabla 1: Frecuencia de género en los pacientes con Tuberculosis Pulmonar en la Microred Nestor Gambetta Callao-2019.	36
Tabla 2: Estadísticos descriptivos de la Escala total y dimensiones de Clima Social Familiar, en pacientes con Tuberculosis Pulmonar en la Microred Néstor Gambeta Callao 2019.	37
Tabla 3: Tipo de Clima Social Familiar, en pacientes con Tuberculosis Pulmonar en la Microred Néstor Gambeta Callao 2019.	38
Tabla 4: Tipo de Clima Social Familiar en la dimensión Relación, expresado en porcentaje; en pacientes con Tuberculosis Pulmonar en la Microred Néstor Gambeta Callao 2019.	39
Tabla 5: Tipo de Clima Social Familiar en la dimensión Desarrollo, expresado en porcentaje; en pacientes con Tuberculosis Pulmonar en la Microred Néstor Gambeta Callao 2019.	40
Tabla 6: Tipo de Clima Social Familiar en la dimensión Estabilidad, expresado en porcentaje; en pacientes con Tuberculosis Pulmonar en la Microred Néstor Gambeta Callao 2019.	41

Tabla 7: Adherencia al tratamiento Farmacológico en pacientes con Tuberculosis Pulmonar en la Microred Néstor Gambeta Callao 2019.	42
Tabla 8: Asociación entre el Clima Social Familiar con la Adherencia al tratamiento Farmacológico, en pacientes con Tuberculosis Pulmonar en la Microred Néstor Gambeta Callao 2019.	43
Tabla 9: Test Exacto de Fisher	44

TABLA DE GRAFICOS

Gráfico 5.1: Frecuencia de género en los pacientes con Tuberculosis Pulmonar en la Microred Nestor Gambetta Callao-2019	36
Gráfico 5.2: Tipo de Clima Social Familiar, en pacientes con Tuberculosis Pulmonar en la Microred Néstor Gambeta Callao 2019.	38
Gráfico 5.3: Tipo de Clima Social Familiar en la dimensión Relación, expresado en porcentaje; en pacientes con Tuberculosis Pulmonar en la Microred Néstor Gambeta Callao 2019.	39
Gráfico 5.4: Tipo de Clima Social Familiar en la dimensión Desarrollo, expresado en porcentaje; en pacientes con Tuberculosis Pulmonar en la Microred Néstor Gambeta Callao 2019.	40
Gráfico 5.5: Tipo de Clima Social Familiar en la dimensión Estabilidad, expresado en porcentaje; en pacientes con Tuberculosis Pulmonar en la Microred Néstor Gambeta Callao 2019.	41
Gráfico 5.6: Adherencia al tratamiento Farmacológico en pacientes con Tuberculosis Pulmonar en la Microred Néstor Gambeta Callao 2019.	42

RESUMEN

La presente investigación titulada "Clima social familiar y la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes con tuberculosis pulmonar en la Microred Nestor Gambetta Callao-2019 que tuvo como objetivo determinar la relación entre el clima social familiar y la adherencia al tratamiento farmacológico. Es un estudio de tipo correlacional, no experimental, de corte transversal simple. Teniendo como muestra 39 pacientes por intención del investigador. Se aplicó la técnica de la entrevista, tuvo como instrumento la encuesta de Clima social familiar de Moos y el test de adherencia al tratamiento de Morisky Green. El resultado obtenido fue que de los 39 pacientes 24 de ellos (61,5%) fueron del género masculino, mientras que del género femenino fueron 15 (38.5%); respecto al tipo de Clima Social Familiar se puede observar que el 61,5% (24) de los pacientes presentan un clima social favorable, el 28,2% (11) presenta un clima social medianamente favorable y el 10,3% (4) presentaron un clima social desfavorable; en cuanto a la adherencia al tratamiento, se determina que un 41% (16) de los pacientes no tiene adherencia al tratamiento farmacológico mientras que un 59% (23) de los pacientes si presenta esta característica. El Test exacto de Fisher nos indica que el valor de la significancia ($p = 0,002 < 0.05$) es relevante. Se concluyó que si existe relación entre el clima social familiar y la adherencia al tratamiento y que a medida que el clima social incrementa y es favorable existirá adherencia al tratamiento.

Palabras claves: Clima social familiar, adherencia al tratamiento

ABSTRACT

The present investigation entitled "Family social climate and adherence to pharmacological treatment of patients with pulmonary tuberculosis in the Microred Gambetta Callao-2019, which aimed to determine the relationship between family social climate and adherence to pharmacological treatment. This research was correlational, non-experimental, with a simple cross-section. Taking as sample 39 patients by intention of the researcher. The interview technique was applied, using the Moos Family Social Climate Survey and the Morisky Green Treatment Adherence Survey as an instrument. The result obtained was that of the 39 patients 24 of them (61.5%) were male, while in the group of female patients there were 15 (38.5%); Regarding the type of Family Social Climate, it can be observed that 61.5% (24) of the patients present a favorable social climate, 28.2% (11) present a moderately favorable social climate and 10.3% (4) presented an unfavorable social climate; Regarding treatment adherence, it was determined that 41% (16) of the patients did not have adherence to the pharmacological treatment, while 59% (23) of the patients did show this characteristic. Fisher's exact test indicates that since the value of asymptotic significance ($p = 0.002 < 0.05$) is significant. It was concluded that if there is a relationship between the family social climate and adherence to treatment, and that as the social climate increases and is favorable, there will be adherence to treatment.

Key words: Family social climate, treatment adherence.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la Tuberculosis continúa siendo un problema de magnitud en el Perú y a nivel mundial, debido a la incidencia y mortalidad de casos en muchos países. Existen factores por los cuales esta enfermedad que, teniendo cura, lleva a la muerte a muchos pacientes, uno de ellos es la falta de adherencia con el tratamiento que les prescriben. Esta adherencia es responsabilidad del paciente, sin embargo, la familia y el entorno, son uno de los personajes importantes para lograr el éxito en la adherencia al tratamiento del paciente, así como su recuperación pronta.

Moos nos habla en su teoría del Clima social familiar, que la familia es un centro que va repercutir de una manera importante en las actitudes, sentimientos conductas, estado de salud y bienestar general de cada uno de sus miembros, también comprende el desarrollo social, personal e intelectual en el individuo. La familia tiene que funcionar, para mantener un equilibrio y un entorno saludable, formándose un sistema abierto, pero a su vez con unas determinadas reglas y que cada individuo tenga y cumpla su rol en las diferentes actividades. Cuando el paciente no recibe soporte emocional por parte de la familia, es decir; cuando el lazo familiar no es sólido, empiezan irregularidades en su tratamiento, el porcentaje de fracaso en este es mayor que cuando el paciente es apoyado por la familia y no se siente discriminado por la enfermedad que presenta.

La adherencia al tratamiento se verá reflejado en la asistencia que tiene el paciente al recibirlo, es fundamental ya que involucra la salud del paciente, y la falta de adherencia puede provocar una resistencia a los medicamentos, lo cual conlleva al fracaso de su tratamiento y a un mayor porcentaje de contagio para las personas que se encuentran a su alrededor.

Comprende las siguientes partes: I. Planteamiento de problema, II. Marco teórico, III. Hipótesis y variables, IV. Diseño Metodológico, V. Resultados, VI. Discusión de resultados, Conclusiones, Recomendaciones, Referencias Bibliográficas.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

En el mundo, la Tuberculosis se presenta como un problema de gran magnitud, donde los casos aumentan diariamente. Se calcula que más del 95% de los casos y de las muertes se producen en países en vía de desarrollo. Esta enfermedad puede ser tratada y tener cura. El tratamiento consta de una combinación estándar de cuatro medicamentos antimicrobianos que se administra, según diagnóstico, por un tiempo mayor o igual a seis meses y que debe ir acompañada de las pertinentes tareas de información y atención del paciente a cargo de un profesional de la salud. (1)

Tanto para profesionales y portadores de TB, existe una mutua preocupación por la adherencia al tratamiento y la curación de la enfermedad. Sin embargo, ésta asume diferentes posiciones: para los primeros, desde el conocimiento científico y con los beneficios que nos ofrece la tecnología, se aplica al tratamiento el ser indispensable para el control de la enfermedad. Para los portadores, el tratamiento significa la "curación", pero a la vez implica un cambio drástico en sus vidas que muchas veces no lo pueden manejar y lo llevan al abandono. (2)

La OMS refiere que en el año 2018, enfermaron de TB 10 millones de personas, de las cuales 1,5 millones fallecieron a causa de la enfermedad, el incremento de nuevos casos de tuberculosis se señaló en la región de Asia Sudoriental (44% de los nuevos casos), seguida por la Región de África (24%) y el Pacífico Occidental (18%). Ese mismo año, el 87% de los nuevos casos de tuberculosis se registraron en los 30 países con alta carga de la enfermedad. Dos tercios de los nuevos casos de TB en el mundo se produjeron en ocho países: India, China, Indonesia, Filipinas, Pakistán, Nigeria, Bangladesh y Sudáfrica. (3)

En Chile, la cohorte de enfermos nuevos tratados el año 2013 mostró una curación de sólo 79,7%, con una pérdida de seguimiento (abandono más de

30 días) de un 6,8%. Por otra parte, de los pacientes antes tratados sólo curó el 55,7%, con 21% de pérdida de seguimiento. No queda interrogantes de que se requieren nuevos esquemas, mejor tolerados y más prácticos, para el control de estos dos grupos, que en forma primaria o después de un primer tratamiento, pueden ser portadores de tuberculosis con distintos grados de multirresistencia a las drogas de primera línea. (4)

En el año 2009 se publicó un trabajo en España, donde realizaron un estudio multicéntrico en el que incluyeron a 1490 pacientes durante los años 2006-2007 con el objetivo de analizar la adherencia al tratamiento antituberculoso en España e identificar los factores de riesgo asociados a ello. Como resultado obtuvieron una tasa de seguimiento del tratamiento del 93.5 %, considerada muy buena respecto a los resultados de la mayoría de otros estudios y concluyeron que los inmigrantes, las personas que vivían solas, los presos, los pacientes tratados previamente y aquellos con dificultades de comprensión eran aquellos con una peor adherencia al tratamiento, por lo que deberían someterse a terapia directamente observada (TOD). (5)

Se plantean hitos al 2020, 2025 y 2030, uno de ellos es reducir en un 75% las muertes por tuberculosis entre el 2015 y 2025, así como acelerar la reducción de las tasas de incidencia a nivel mundial de 2% previsto para el 2015 al 10% en 2025 y el otro hito se refiere a la disminución de la tasa de letalidad del 15% previsto para 2015 al 6.5% en 2025. Para cumplir con la estrategia se requiere que todo el personal de salud se responsabilice y asuma el compromiso de atender de manera adecuada y eficiente a todas las personas afectadas por tuberculosis con la finalidad de cortar la cadena de transmisión y lograr su curación. (6)

Actualmente la tuberculosis está declarada en el Perú y el mundo como un problema de salud pública, afectando a la población e incrementando progresivamente cada año.

En el Perú, la Ley 30287, Ley de Control y Prevención de la Tuberculosis en el Perú y su Reglamento (Decreto Supremo 021-2016), declara de interés

nacional la lucha contra la TB en el país, logrando, de esta forma, que el control de la TB sea una política de Estado, independiente a los gobiernos de turno. Las personas afectadas por TB en el Perú son diagnosticadas y tratadas de manera gratuita por las instituciones del Sistema de Salud del país: el 73% se atienden en el MINSA, el 19% en la Seguridad Social (ESSALUD), el 7% en el Instituto Nacional Penitenciario (INPE) y el 1% en las Sanidades de la Policía Nacional y las Fuerzas Armadas. (7)

Con el conocimiento que se tiene actualmente de la tuberculosis y sus determinantes, se está en capacidad no solo de controlarla, sino de erradicarla, pues se cuenta con métodos probados de diagnóstico y esquemas de tratamiento que la curan. No obstante, existen múltiples factores que perpetúan el problema, tales como la inequidad social, la infección del VIH/SIDA, el incremento de las poblaciones de riesgo, las deficiencias en los programas de control de la tuberculosis y el fármaco resistencia, término que comprende la Tuberculosis Multidrogo-resistente (TB-MDR), y la Tuberculosis Excesivamente drogo-resistente (TB-XDR). (8)

El tratamiento debe tomarse correcta e ininterrumpidamente. Es decir, la adherencia al tratamiento es fundamental para que este sea eficaz y para evitar que los gérmenes generen resistencias a los fármacos, pero existen varios factores relacionados con el tratamiento de la tuberculosis que no favorecen un cumplimiento adecuado de estos regímenes.

La literatura muestra que existen otra serie de factores de riesgo, muchos de ellos de tipo sociodemográfico, en los que la adherencia correcta al tratamiento por parte de los pacientes adultos es más difícil de conseguir. Suelen considerarse los siguientes: el confinamiento, el uso de drogas por vía parenteral, la infección por VIH y la inmigración. Este último punto es motivo de estudio de importantes investigaciones españolas.

En los Centros de Salud de la Microred Gambetta Callao en el año 2019 hubo un total de 39 de pacientes con Tuberculosis Pulmonar en la Microred Néstor Gambetta, siendo 30 del Centro de Salud Néstor Gambetta y 9 del Centro de Salud Ramón Castilla. Observamos que, son 33 pacientes que

acuden de forma regular a recibir su tratamiento, 5 abandonos, 0 fracasos y 1 recaídas.

Al realizar las prácticas clínicas en los centro de Salud de la Microred Néstor Gambetta se observó en las tarjetas de control de asistencia al tratamiento contra la tuberculosis que algunos pacientes no asistieron a recibirlo, lo cual demostró que existían casos de ausentismo por varios días, tanto para los controles que se realizaron en el servicio de Medicina, Psicología, Nutrición, Asistencia social y Enfermería, tampoco cumplieron con los exámenes o requisitos que se les solicito , solo refirieron que no se sentían bien al consumir los medicamentos, cansancio , estrés y preocupación por el tiempo largo del tratamiento para su recuperación.

En el momento en el que se realizó la respectiva visita domiciliaria, la familia no refirió motivo alguno acerca de la situación en la que se encontraba el paciente, ni el tratamiento que recibía, manifestando que generalmente el paciente no se encontraba en el hogar y la familia, a su vez, tampoco demostró preocupación o interés por ellos. En estos casos no se percibió una buena relación entre la familia y el paciente.

Es esto lo que nos permitió entender e identificar las razones por las cuales el paciente tuvo dificultad para poder mantener una estabilidad con la asistencia del tratamiento en el esquema que se encuentra prescrito por el especialista. Por lo que se evidencio un clima no favorable en el entorno familiar.

Es aquí donde el profesional de Salud debe actuar en el entorno familiar, para identificar y reconocer las relaciones familiares que se llevan a cabo, para tomar medidas de prevención o en todo caso intervenir en el proceso de adaptación, para reforzar la participación activa de la familia en el tratamiento y rehabilitación del paciente.

1.2 Formulación del problema

Problema general:

¿Cuál es la relación entre el clima social familiar y la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes con tuberculosis pulmonar en la Microred Nestor Gambetta Callao-2019?

Problemas específicos:

- ¿Cuál es el tipo de clima social familiar en los pacientes con tuberculosis pulmonar en la Microred Nestor Gambetta Callao-2019?
- ¿Cómo es la adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes con tuberculosis pulmonar en la Microred Nestor Gambetta Callao-2019?

1.3 Objetivos

Objetivo general:

Determinar la relación entre el clima social familiar y la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes con tuberculosis pulmonar en la Microred Nestor Gambetta Callao-2019.

Objetivos específicos:

- Identificar cual es el tipo de clima social familiar en los pacientes con tuberculosis pulmonar en la Microred Nestor Gambetta Callao-2019.
- Identificar la adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes con tuberculosis pulmonar en la Microred Nestor Gambetta Callao-2019.

1.4 Limitantes de la investigación

Limitante teórica:

No existe ningún limitante teórico, ya que se contó con información a nivel Nacional e internacional, incluyendo tesis, artículos de investigaciones ya publicadas y sitios web, los cuales nos sirvieron como antecedentes en nuestra base teórica.

Limitante Temporal:

El proyecto de investigación es de corte transversal, el cual se realizó desde el mes de agosto del año 2019 a abril del año 2020.

Limitante espacial:

Es una investigación que se realizó en la Microred Néstor Gambetta, previa coordinación de las autoridades para la ejecución del instrumento.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Antecedentes Internacionales:

SANGALLY SOLOZANO, María y colbs. (2019) La Paz-Bolivia; En su tesis llamada **“Apoyo Social en el tratamiento de la Tuberculosis, Hospital Luis Uría de la Oliva, Caja Nacional de Salud, Gestión 2016, 2017”**. Tuvo como **único objetivo explicar** el Apoyo Social en el tratamiento de la Tuberculosis en el Hospital Luis Uría de la Oliva de la Caja Nacional de Salud de la Regional La Paz. Realizan un diseño de estudio de tipo descriptiva, de corte transversal, con un muestreo no probabilístico, conformado por 106 personas con diagnóstico de Tuberculosis BARR + (Bacilos Acido Alcohol Resistente) en todas sus formas, en un rango de edad entre 25 y 60 años, encontrándose con tratamiento antituberculoso del Hospital Luis Uría de la Oliva de la Caja Nacional de Salud en los periodos 2016 y 2017. La recolección de datos fue realizada mediante un cuestionario adaptado del Cuestionario de Apoyo Social Percibido (MOS), diseñado por Sherbourne y Stewart (1991) y tomo validez por medio De la Revilla (2004). Acerca de los resultados, la puntuación de Apoyo Social Afectivo con 71,38%. Apoyo Emocional/Informativo de 64.74%; y presentaron una percepción de Apoyo Instrumental de 60.85%, Interacción Social 51,26%, En cuanto al Apoyo Familiar se valora como muy imprescindible de 69.34%. Asimismo, el Apoyo de la Red Social alcanza a un buen nivel de asistencia de la Red Social suficiente de 62,21%, y un considerable nivel de asistencia en 31,13%. Se tiene como conclusión que la puntuación más destacada de Apoyo Social recibido de la Red Social concierne a la percepción de Apoyo Afectivo, Emocional/Informativo e Instrumental. Se estima que la familia es un factor fundamental para la mejora del paciente. (9)

CORRALES ZARUMA, Erick y colbs. (2018) Ecuador; en su tesis llamada **“Factor social que influye en el abandono del tratamiento de pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud n ° 8, Distrito n° 4” Ciudad de Guayaquil-Ecuador.** Tuvo como objetivo determinar la influencia del factor social en el abandono del tratamiento de tuberculosis de los pacientes Centro de Salud N° 8. Este trabajo de investigación es de tipo cuantitativo, descriptivo analítico y transversal debido a que se realizó para comparar las variables y desarrollar la propuesta a los pacientes que abandonan el tratamiento de tuberculosis, se hizo uso la técnica de encuesta como instrumento para conseguir el fundamento de esta investigación basándose en una muestra de 39 pacientes. Del trabajo llegamos a la conclusión que principalmente la población más afectada es la del sexo masculino, la falta de conocimiento acerca de los efectos secundarios y la no adherencia al tratamiento y sobre todo los factores que afectan al paciente son la falta de apoyo familiar, y al no recordarlos a tomar la medicación. Ante esto, aquí se realiza una propuesta basada en un tríptico informativo sobre la enfermedad y al mismo tiempo reflejando motivación para que concluya su tratamiento. (10)

ULLOA BALCÁCERES, Rebeca y colbs. (2018) El salvador; En su tesis llamada **“Factores asociados a la no Adherencia al Tratamiento de la Tuberculosis en Pacientes en el Primer Nivel de Atención, Ahuachapán, junio-agosto 2018”, San Salvador.** Su objetivo principal es establecer cuáles son los agentes relacionados a la no adherencia durante el tratamiento anti tuberculosis en pacientes del primer nivel de atención en el Departamento de Ahuachapán en el periodo de Junio-Agosto del 2018. Se utilizó un estudio observacional analítico de tipo casos y controles no apareado, en relación de 1 a 1, siendo la población los pacientes con tuberculosis en tratamiento del departamento de Ahuachapán. La técnica de recolección de datos fue la entrevista

constituida por 7 acápites en los cuales se distribuyó los indicadores y variables, a su vez constó de 34 preguntas, 6 abiertas, 7 semiabiertas y 21 cerradas. Los resultados obtenidos son que las características socio demográficas entre ambos grupos, casos y controles fue similar, encontrando un predominio de sujetos del sexo masculino. En relación a los factores sociales y su relación con no adherencia al tratamiento, solamente el estado laboral se encontró que el 54.83% de los sujetos se encontraban desempleados, y de estos, el 63.63% de estos desempleados cumplían con su medicación. Se concluyó que el 29% (9 pacientes) en tratamiento de tuberculosis incluidos en el estudio son no adherentes y que el principal factor que influye en la no adherencia al tratamiento según los pacientes, se encuentra relacionado con el desabastecimiento de medicamentos. (11)

VELASQUEZ ARNAIS, Liliana (2016) México Distrito Federal; En su tesis **“Funcionalidad familiar y apego al tratamiento en pacientes con Tuberculosis”**. Cuyo objetivo fue analizar la funcionalidad familiar y su relación con apego al tratamiento en pacientes con tuberculosis en cualquiera de sus formas de los Centros de salud pertenecientes a la jurisdicción Sanitaria Tlalpan. Se realizó mediante un estudio observacional, descriptivo y transversal. Se creó una cédula de identificación de datos sociodemográficos y aplicación de cuestionario FACES III, para evaluar cohesión y adaptabilidad, Tarjeta de registro y control de Caso de Tuberculosis Se aplicó a pacientes con diagnósticos de tuberculosis que se encontraran activos en la plataforma de control de Tuberculosis en la Jurisdicción Sanitaria Tlalpan (JST) durante los meses de mayo y julio de 2015. La muestra por Censo, activo en la plataforma de control de tuberculosis de la JST. En el estudio se incluyeron a 26 personas, hombres 15 y mujeres 11, edad media de 43.38 años. Forma de tuberculosis 10 pulmonar y 16 extra pulmonar. Cuestionario Faces III: Cohesión Familiar: 8 no relacionada, 7 semirelacionadas, 6 flexibles y 5 aglutinada. Adaptabilidad: 16 caóticas, 6 flexibles, 2 estructurada y 2 rígidas. Con un total de 10 familia

funcionales y 16 disfuncionales, de los pacientes con mal apego y abandono 3 masculino y 1 femenino. Pacientes con buen apego 15 con funcionalidad familiar, con buen apego y disfuncionalidad Familiar 7, Mal apego y disfuncionalidad 1 y abandono y disfuncionalidad 3. Se llegó a la conclusión que con base a los resultados obtenidos en esta investigación existe un riesgo de abandono al Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado en pacientes con disfuncionalidad familiar. (12)

MARTÍNEZ. y Colbs. (2016) México Distrito Federal; En su estudio titulado **“Factores familiares que favorecen el apego al tratamiento en casos de tuberculosis pulmonar”**. Su principal objetivo es identificar los factores familiares que favorecen el apego al tratamiento de la tuberculosis pulmonar. Se empleó como método el estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo, realizado en la unidad de medicina familiar N°. 33 de Reynosa, Tamaulipas. México. Como población se incluyó al total de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar de primera vez seleccionados mediante censo nominal. Como resultado se identificó a 57 pacientes con tuberculosis pulmonar. Fue determinada una prevalencia de 0.02%, con predominio del sexo masculino (56%). Aquí se encuentra la menor edad 18 y la mayor 83, con una media de 39 ± 12 años, moda de 26 y mediana de 50.5; 85% de los pacientes comenzó con un tratamiento acortado estrictamente supervisado (taes), 66.6% logró curarse al finalizar su tratamiento, 19.2% continuó en retratamiento y 12% abandonó el tratamiento; 92.2% refirió afectación en su vida personal después del diagnóstico de tbp. De los pacientes con abandono al tratamiento, 75% presentaba algún grado de disfunción familiar. Conclusiones: la prevalencia de Tuberculosis Pulmonar fue de 0.02%, cifra notoriamente inferior a la media nacional, que es de 15 por cada 100 000 habitantes. Se observaron niveles más altos de disfunción familiar y rechazo social en los pacientes con abandono al tratamiento que en aquellos con

diagnóstico de curación, quienes presentaron mayor funcionalidad familiar. (13)

Antecedentes Nacionales:

CONDORI CARCASI, Sharon (2018) Arequipa –Perú; En su tesis **“Participación familiar y adherencia al tratamiento del paciente con tuberculosis pulmonar en Micro redes de la red de Salud Arequipa-Caylloma”**. Su objetivo fue determinar la relación entre la participación familiar y la adherencia al tratamiento del paciente con tuberculosis pulmonar en Micro redes de la Red de Salud Arequipa – Caylloma, Arequipa 2018. Siendo este estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo correlacional, de corte transversal. Esta población estuvo formada por un total de 70, donde se aplicó un cuestionario para ambas variables, evaluándose la participación familiar y su relación con la adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis pulmonar. Los resultados indicaron que el 71.4 % de paciente son de sexo masculino, el 52.9 % presenta una edad de 21 a 40 años, el 48.6 % solteros, el 61.4 % provienen de la ciudad de Arequipa, el 48.6 % tienen grado de instrucción secundaria, el 47.1 % son de ocupación dependiente, el 41.4 % los padres son el sustento del hogar; el 44.3 % tienen un nivel muy favorable en relación a la participación familiar de los pacientes con tuberculosis pulmonar, el 39.1 % reciben apoyo afectivo muy favorable, el 29 % reciben apoyo emocional muy favorable, el 40.6 % reciben apoyo socioeconómico muy favorable, lo que coadyuva a una alta adherencia. La adherencia al tratamiento en los pacientes es alta con el 67.1 %. Se llegó a la conclusión que se da una conexión muy notoria entre la participación familiar y la adherencia al tratamiento del paciente con tuberculosis pulmonar. (14)

OCAMPOS ROBLEDO, Luz (2017) Piura- Perú; En su tesis **“Adherencia al tratamiento y su relación con la participación de la familia en pacientes con tuberculosis atendidos en el Hospital II Santa Rosa-Piura Agosto a diciembre 2017”**, Cuyo objetivo fue

determinar la relación entre el nivel de adherencia al tratamiento y la participación de la familia en pacientes con tuberculosis atendidos en el Hospital II Santa Rosa. Piura. Agosto a diciembre 2017. El método de investigación fue de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo. La muestra fue de 17 pacientes con TBC y la técnica utilizada fue la Entrevista, y El instrumento de recolección de datos fue diseñado, validado y utilizado por Catherine Yesela Suárez Ponce el 2015 y adaptado por la autora del presente estudio. Tuvo como resultado que el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis atendidos en el Hospital II Santa Rosa. Piura, fue de 76,5%, el 17,6% nivel medio y el 5,9% nivel alto. Se concluyó que el nivel de adherencia al tratamiento es bajo y de participación de la familia es desfavorable. (15)

SOLÓRZANO BLAS, Ronald y cols (2016) Chimbote – Perú; En su tesis **“Apoyo social y adherencia al tratamiento de tuberculosis en usuarios del Puesto de Salud Magdalena Nueva”**. El objetivo fue determinar la relación entre el Apoyo Social y la Adherencia al tratamiento en usuarios del Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote 2016. Este estudio fue de tipo no experimental, descriptiva de corte transversal, el instrumento utilizado fue el Cuestionario de Medidas de Apoyo Social de Sherbourne y Stewart y el cuestionario simplificado de adherencia a la medicación de Morisky Green, que fueron sometidos a juicios de expertos y a la aplicación de la prueba piloto. Se obtuvo una validez del 79% con una confiabilidad para el Apoyo social del 93% y una confiabilidad de 75% para la Adherencia al tratamiento. Se utilizó el programa SPSS versión 21 y la prueba estadística de chi-cuadrado de Pearson con un valor de 0,08 para determinar la relación entre las variables y realizar la contrastación de la hipótesis. Se obtuvo como resultado que el 70 % de apoyo social fue definido como bueno, y que existe un 90% para la Adherencia al Tratamiento concluyendo que el total de la población si tiene adherencia al tratamiento. (16)

TORRES GUTIERREZ, Sussan (2016) Lima- Perú; En su tesis **“Relación entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud “San Cosme” Junio – 2016”**, aquí el objetivo fue 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. Este estudio fue de tipo cuantitativo, método correlacional, transversal. La población de estudio estuvo constituida por 60 pacientes con tuberculosis pulmonar, durante el período de enero a junio del año 2016. El instrumento utilizado fue de apoyo familiar, es un cuestionario creado por Guillen Aguirre-Osorio Cruz, y la ficha de adherencia al tratamiento en pacientes con Tuberculosis, creado por la investigadora, basado en la tarjeta de control de asistencia y administración de medicamento. Se obtuvo como resultado que el apoyo familiar en pacientes con tuberculosis pulmonar del Centro de Salud “San Cosme”; es regular con 43,3%, seguido de bueno con 33,3% y malo con 23,3%. La adherencia al tratamiento en los pacientes con tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud “San Cosme” de La Victoria, es sin adherencia con 55% y con adherencia con 45%. Se concluyó que si existe relación significativa entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes con Tuberculosis Pulmonar. (17)

RAMOS PEÑA, Tania (2015) Ica – Perú; En su tesis **“Clima social familiar y nivel de autoestima en pacientes con tuberculosis pulmonar, Hospital Santa María del Socorro”**, Esta investigación que tiene por objetivo determinar el clima social familiar y nivel de autoestima en pacientes con tuberculosis Hospital Santa María del Socorro, Ica-Julio 2015. Este trabajo de investigación es descriptivo, de diseño no experimental, transversal, y de enfoque cuantitativo. La técnica de recolección de datos fue la entrevista y como instrumento el cuestionario, su muestra la constituyen 25 pacientes de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión. Entre los datos encontrados tenemos: el 28% (12) se encuentran en las edades de 46 a 55 años, el 52% (18)

es de sexo femenino, el 32% (13) tienen grado de instrucción superior, el 60% (25) tienen ocupación trabajadora (a) independiente, el 36% (14) son de estado civil casado y el 28% (12) el lugar que ocupan en la familia es de hijo (a) o viven solo. Según variable clima social familiar respecto a relaciones humanas en el 40% (15) pacientes, es medianamente favorable, según desarrollo personal en el 68% (27) es medianamente favorable, según estabilidad familiar en él es 48% (17) es medianamente favorable. Con respecto a los resultados, fueron estos: En forma global el clima social familiar es medianamente favorable en un 40% (15), en el 32% (13) favorable y en el 28% (12) es desfavorable; respecto al nivel de autoestima el 52% (18) pacientes, autoestima media, en el 36% (14) baja y en el 12% (6) un nivel de autoestima alta. Llegando a la conclusión que el clima social familiar es medianamente favorable y el nivel de autoestima es medio. (18)

2.2 Bases Teóricas

Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender

Nola Pender en su modelo expresa que cada conducta se realiza para lograr el bienestar y potencial humano; muestra como las personas adoptan decisiones acerca de cuidado de su propia salud, describiéndolos con una naturaleza multifacética en su relación con el entorno, que su potencial está en encontrar aliados y la movilización de la sociedad, trabajando con el principio de autonomía de los individuos y las sociedades, buscando reforzar una estrategia para lograr el poder local para el cambio y el desarrollo sostenible. Esta teoría valora las creencias de salud y las relaciona con los conocimientos que tiene y las experiencias previas del individuo, que determinan las conductas adoptadas por cada persona. Según el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, las creencias que el individuo tiene están relacionadas por las influencias

interpersonales y situacionales que en su momento servirán de motivación para las conductas de salud. Es decir, se reconoce que el impacto de redes familiares y sociales del entorno en donde se desarrolla la persona da las pautas para que se actúe de una manera positiva brindándole apoyo, aceptación y compañía durante el proceso que esté desarrollando.

Este modelo menciona como pieza importante la creación de una conducta la cual permita que se promueva la salud; pero si el individuo no contara con un entorno positivo, es decir tanto dificultades en su entorno más cercano que es la familia y en su entorno social le costará adoptar la conducta que necesita. También se necesita contar con la predisposición de la persona es decir que tanto el componente emocional como su entorno sean positivos y si hay alguna conducta inadecuada lograr que se modifique para generar la promoción de salud que se busca.

En esta investigación este modelo es un componente fundamental, ya que nos ayuda a entender al ser humano, pensamiento, emociones y el entorno que lo rodea para poder brindarle la ayuda que necesita y lograr reforzar su conducta positiva ante la promoción de salud o lograr detectar la dificultad y poder generar un cambio. Esta teoría también nos ayuda a percibir a la persona como un ser biopsicosocial.

Este modelo es muy usado por las (os) enfermeras (os) para lograr comprender y promover las actitudes, motivaciones y acciones del individuo particularmente a partir del concepto de autoeficacia, es decir para valorar si las intervenciones realizadas son pertinentes.

(19)

2.3 Base Conceptual

FAMILIA

A. Definición

La familia es base de la sociedad, aquí netamente las personas formaran adecuados valores que les ayudará en la formación de su personalidad para su futuro, como buenos hombres y ciudadanos. La familia, siendo la unidad básica de la sociedad, como primer círculo social en el cual la persona desarrolla lazos afectivos y comportamientos que influirán en el éxito o fracaso a lo largo de su vida. Esta debe cumplir un rol muy importante como soporte y apoyo social, base de desarrollo, ya que el entorno familiar del paciente atravesará por diversos cambios debido a este proceso patológico, que trae consigo cambios a nivel físico, emocional y social.

En todos lados podemos encontrar a una familia, en las grandes y pequeñas ciudades, barrios, ya que en todas se cumple la misma función (20)

Actualmente existen muchos conceptos para definir a una familia, puede ser como la unión y convivencia de unas personas que comparten un proyecto de vida en común.

La familia, siendo la unidad básica de la sociedad, como primer círculo social en el cual la persona desarrolla lazos afectivos, donde se establecen relaciones de reciprocidad, jerarquía, confianza y comportamientos que influirán en el éxito o fracaso a lo largo de su vida. Esta debe cumplir un rol muy importante como soporte y apoyo social, base de desarrollo, ya que el entorno familiar del paciente atravesará por diversos cambios debido en este proceso patológico, que trae consigo cambios a nivel físico, emocional y social.

La familia es como un sistema dinámico, en donde tiene que existir un equilibrio, por ejemplo, cuando sucede algún cambio en un miembro de

la familia o una de las relaciones que existe, cambia el entorno en su totalidad. (21)

B. Características de una familia funcional:

Salvador Minuchin, define a esta familia como “sistema que ayuda a la socialización brindando a cada uno de sus miembros todo el apoyo, toda la regulación y todas las satisfacciones que son necesarias para que este miembro pueda lograr el desarrollo personal y relacional”. (21)

La funcionalidad de una familia se mide por lo capaz que puede ser para superar cada una de las etapas y acontecimientos por los que atraviesa, a esto nos referimos en que cada uno debe desempeñar un rol específico en este grupo, que es la familia. Como se mencionó anteriormente, debe existir un equilibrio, una fuerza que los mantenga fuerte y unidos a pesar de episodios críticos que se les presente, que lo resuelvan, que los ayude a crecer y desarrollarse como un sistema familiar y cada uno logre un grado máximo de madurez. (21)

C. Características de una familia disfuncional:

Se define a la disfuncionalidad familiar, que dentro de esta hay una incapacidad para reconocer las emociones que presenta cada miembro de la familia y, por ende, satisfacerlas. Explorando en las características de estas familias, nos podemos percatar que existe un distanciamiento entre los miembros. Bien están demasiado juntos, o bien están muy alejados. Pero existe algo similar entre ellos, que es la escasez de relaciones interpersonales favorables. Cada uno de estos miembros toman al acercamiento entre ellos y el expresarse como situaciones incómodas o perjudicial. Debido a esto, su tono tiende a ser escéptico, oponible, atormentador y la exhibición de emociones se torna encubierta. (22)

La familia se convierte en disfuncional cuando no hay un respeto por la distancia generacional, en conjunto con la inversión de la jerarquía, su

estructura familiar se altera, debido a esto la relación entre los miembros está incompleta, existe dificultad en el desarrollo psicosocial de cada subsistema, en su adaptación y ante la resolución de conflictos. En una familia disfuncional no se muestra atención por la individualidad de cada uno, ellos no se sienten como seres únicos prefieren conformarse de todo. (23)

CLIMA SOCIAL FAMILIAR:

A. Definición:

La teoría del clima Social de Moos y E.J Trickett, es aquella situación social de la familia que define 3 dimensiones fundamentales y cada una está constituida por elementos que la componen: La dimensión de relaciones familiares cuyos elementos son cohesión, expresividad y conflicto. La dimensión de desarrollo cuyos elementos son: autonomía, actuación, intelectual – cultural, social – recreativo, moral – religioso y finalmente la dimensión de estabilidad definida por los elementos de organización y control. Se menciona que la escala del clima social en la familia tiene como fundamento a la teoría del clima social de Rudolf Moos, (en García, 2005), y esta tiene como base teórica a la psicología ambientalista”.

B. Dimensiones:

Rudolf H. Moos y E.J Trickett organiza el clima social familiar en las siguientes dimensiones:

RELACIONES: Se encuentra establecido por el nivel de comunicación e independencia para manifestar ideas y acciones en su entorno familiar, así como la coacción belicosa que la identifica.

Está integrada por tres características:

- Cohesión: Nivel de relación y apoyo entre propios integrantes de la familia.

- Expresividad: Nivel de tolerancia aprobado entre los integrantes de la familia para demostrar sus sentimientos sin inhibirse.
- Conflicto: Nivel para manifestar independientemente sus emociones negativas entre los demás integrantes de la familia.

DESARROLLO: Se enfoca en el valor sobre las etapas de desarrollo personal dentro del hogar ya sean provenientes por la vida cotidiana o lo contrario.

Comprende las siguientes características:

- Autonomía: Nivel de independencia en los integrantes de la familia frente a la toma de decisiones.
- Social - Recreativo: Nivel de intervención en diversas actividades.
- Actuación: Grado en que las actividades tal como la escuela y el trabajo) se enmarcan en una estructura orientada a la acción y competencia.
- Intelectual - Cultural: Grado de interés en las actividades políticas, sociales, intelectuales y culturales.
- Moralidad - Religiosidad: Importancia que se le da a las prácticas de tipo ético y religioso.

ESTABILIDAD: Se enfoca en evaluar la formación y regulación de la familia, así como el nivel de influencia que se tiene un miembro de la familia sobre otro.

Lo forman dos características:

- Organización: Valor brindado a una correcta disposición y planificación respecto a las actividades y obligaciones de la familia.
- Control: Establece que el destino del hogar esta formado bajo normas y procesos establecidos. (24)

TUBERCULOSIS:

La tuberculosis es definida como una enfermedad infectocontagiosa, que se puede prevenir y curar, que tiene como causante a una bacteria llamada *Mycobacterium tuberculosis*, que tiene la capacidad de atacar en cualquier zona u órgano del organismo, como la columna vertebral, el cerebro, etc., pero en la mayoría de casos los pulmones son los más propensos a ser afectados.

Se transmite mediante las secreciones de una persona, cada vez que una persona infectada con TB habla, escupe, tose o estornuda, elimina los microbios o bacterias de la TB que colonizan el aparato respiratorio. La sintomatología más común es la tos con flema por dos semanas o más, fiebre (especialmente si se incrementa en las noches), tos con expulsión de sangre, pérdida de apetito y baja de peso, sudor durante la noche, dolor de pecho, debilidad y cansancio. (25)

La TB en el Perú ocupa el décimo quinto lugar de las causas de defunciones más frecuentes, y el vigésimo séptimo puesto de carga de enfermedad medida por años de vida saludable perdidos. Afecta en mayor porcentaje a los estratos sociales más pobres de las grandes ciudades del país. Las tasas notificadas de incidencia (casos nunca tratados por cada 100 mil habitantes) y de morbilidad total (nuevos y antes tratados por cada 100 mil habitantes) han disminuido entre 2 a 3% por año entre los años 2011 a 2015, de 97,4 a 87,6 en incidencia y de 109,7 a 99,5 en morbilidad. (7)

A. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis ESN- PCT:

Es el órgano técnico normativo dependiente de la Dirección General de Salud de las Personas, el cual tiene la responsabilidad de instaurar la teoría, normas y métodos para el adecuado manejo de la tuberculosis en el Perú, que garantice la adecuada detección, diagnóstico, tratamiento

gratuito y supervisado a todas las personas con tuberculosis, con principios de eficiencia, eficacia y efectividad. (25)

B. Tratamiento de la tuberculosis:

Toda persona afectada debe de recibir atención integral en el EESS durante todo su tratamiento incluyendo: Atención médica, atención por enfermería y asistencia social, psicología, salud sexual y reproductiva, evaluación nutricional y exámenes auxiliares basales.

La administración del tratamiento a los pacientes, se realiza de una manera directa y por el personal de Salud estrictamente observado para lograr que el paciente tome su tratamiento. Todo paciente sintomático respiratorio con prueba positiva (Bk +) se le administra tratamiento oral del primer esquema sensible y a la vez su cultivo más la prueba de sensibilidad, una vez que se evalué sus resultados se continua el tratamiento o se cambia de acuerdo a su condición.

- **ESQUEMA PARA TB SENSIBLE:**

Su nomenclatura es de la siguiente manera; H: Isoniacida, R; Rifampicina, E: Etambutol, Z: Pirazinamida.

Está indicada en pacientes con TB pulmonar con frotis positivo o negativo, pacientes con TB extra pulmonar, excepto compromiso miliar, SNC y osteoarticular y pacientes nuevos o antes tratados (recaídas y abandonos recuperados)

La primera fase está indicada de lunes a sábado por 2 meses (HREZ) con un total de 50 tomas; la segunda fase se debe administrar durante 4 meses (HR) por tres veces a la semana (lunes, miércoles y viernes o martes, jueves y sábado) con un total de 54 tomas.

Para pacientes con TB extra pulmonar con compromiso SNC u osteoarticular la duración de la primera fase es 2 meses (HREZ) diario con un total de 50 dosis y la segunda fase es de 10 meses (HR) diario con un total de 250 dosis.

En el caso de pacientes con TB con infección por VIH /SIDA, excepto compromiso SNC y osteoarticular, pacientes con VIH nuevos o antes tratados (recaídas y abandonos recuperados) recibirán en la primera fase durante 2 meses (HREZ) diario 50 dosis y la segunda fase durante 7 meses (HR) diario 175 dosis.

- **ESQUEMA PARA TB RESISTENTE:**

La OMS clasifica los medicamentos antituberculosos en grupos según su eficacia, propiedades y evaluación clínica de su efectividad antituberculosa. Los esquemas de tratamiento para TB resistente son de cuatro tipos: estandarizado, empírico, individualizado y esquema acortados.

ESQUEMA ESTANDARIZADO: Es un esquema transitorio que se usa en personas afectadas con Tuberculosis con factores de riesgo para TB MDR y en quien, por la severidad de su estado, no se puede esperar el resultado de una PS rápida o convencional para iniciar tratamiento. La primera fase es de 6 – 8 meses (E: Etambutol, Z: Pirazinamida, Lfx: Levofloxacino, Km: Kanamicina, Eto: Etionamida, Cs: Cicloserina) diario y la segunda fase es de 12-16 meses (EZLfxEtoCs) diario.

ESQUEMA EMPÍRICOS: Paciente con diagnóstico de TB resistente según PS rápida, con diagnóstico de tuberculosis resistente según PS convencional a solo medicamentos de primera línea y a pacientes que están en contacto domiciliario de un caso de tuberculosis resistente y en quien, por severidad de su estado, no se esperar el resultado de una prueba de sensibilidad (PS) rápida o convencional para iniciar el tratamiento.

ESQUEMAS ACORTADOS: En pacientes con TB –RR o TB- MDR que no fueron tratados con antelación con fármacos de segunda línea y en ellos la resistencia a las fluoroquinolonas y a los inyectables de segunda línea.

La primera fase es de 4-6 meses (Km: Kanamicina, Mfx: Moxifloxacino (alta dosis), Pto, Cfz: Clofazimina, Z: Pirazinamida, Had: Dosis altas de Isoniacida, E: Etambutol) diario y la segunda fase es de 5 meses (Mfx alta dosis, Cfz, Z,E) diario.

ESQUEMA INDIVIDUALIZADO:

Paciente que presenta diagnostico positivo para Tuberculosis resistente mediante prueba sensible convencional respecto a medicamentos que pertenecen a la primera y segunda línea. Para los pacientes diagnosticados con Tuberculosis Mono o polirresistente a medicamentos de primera línea estos medicamentos se brindan diariamente en horario de lunes a sábado. (26)

Perfil de Resistencia	Esquema de tratamiento diario	Duración (meses)
H	2RZELfx/7RELfx	9
H+S	2RZELfx/7RELfx	9
H+E	2RZLfxS/7RZLfx	9
H+E+S	2RZLfxKm/7RZLfx	9 a 12
H+Z	2RELfxS/7RELfx	9 a 12
H+E+Z	3RLfxEtoS/15RLfxEto	18 meses
Z	2HE/7RH	9
E	2RHZ/4RH	6
R	3HEZLfxKm/9HEZLfx	12 a 18
Otras combinaciones	Según evaluación del médico consultor	

Isoniacida(H); Etambutol (E); Estreptomina (S); Pirazinamida(Z); Etonamida(E)

Rifampicina (R); Levofloxacina(Lfx) ; Kanamicina (Km).

C. Estrategia para mejorar la adherencia al tratamiento: DOTS Y DOTS PLUS (Tratamiento Acortado Directamente Observado)

La adecuada aplicación de la estrategia DOTS (Siglas en inglés del Tratamiento Acortado Directamente Observado) en el Perú, ha logrado que la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESNPYCTB) tenga continuidad, consistencia, cobertura nacional y capacidad de buscar su continuo perfeccionamiento a través del análisis e interpretación de los datos recogidos mediante el uso de un adecuado sistema de registro e información operacional y epidemiológica. (26)

La estrategia DOTS cuenta con cinco elementos:

- Compromiso político para el control eficaz de TB
- Detección de casos por microscopía de frotis de esputo entre las personas sintomáticas
- Régimen estandarizado de tratamiento de 6–8 meses con quimioterapia de corta duración con medicamentos de primera línea, administrados en condiciones adecuadas de manejo de casos, mediante la observación directa.
- Suministro ininterrumpido de todos los medicamentos esenciales contra la TB
- Registro y sistema de notificación estandarizado que permita la evaluación de los resultados del tratamiento y del programa

DOTS-Plus para la TB-MDR es algo novedoso con una gran iniciativa para lograr una adecuada dirección para el manejo integral de la TB-MDR, basándose en los cinco elementos de la estrategia DOTS. Así DOTS-Plus tiene objetivos claros, como la utilidad de los medicamentos para la tuberculosis de segunda línea, que necesitan aplicarse en las áreas donde hay niveles significativos de TB-MDR.

El objetivo planteado por el DOTS-Plus es prevenir el desarrollo y la expansión futura de la TB-MDR. DOTS. DOTS-Plus necesita aplicarse en zonas específicas y seleccionadas para combatir una epidemia emergente. El principio fundamental es que la ejecución adecuada de DOTS prevendrá la aparición de la farmacorresistencia y es el primer escalón para evitar la TB-MDR. Para desarrollar el proyecto de DOTS-Plus se debe tener un programa de control de TB eficaz basado en DOTS (27)

D. Adherencia al tratamiento farmacológico:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia al tratamiento como el cumplimiento del mismo; es decir, la toma de la medicación acorde a la dosificación prescrita; y la persistencia, al consumo del medicamento por el tiempo que sea requerido. En los países desarrollados, la mitad de los pacientes crónicos son los que cumplen con su respectivo tratamiento; que van en aumento si nos enfocamos en algunas patologías que presentan alta incidencia. (28)

Haynes y Sackett definieron a la adherencia como la adaptación de la conducta del paciente orientándolo en beneficio a la ingesta de un medicamento. Esto conlleva a que se debe aceptar un diagnóstico, que depende de una previsión, la cual, puede ser desfavorable.

Morisky DE, Green LW, Levine DM clasifica la conducta de los pacientes respecto a la adherencia terapéutica de 2 formas : paciente no adherente , el cual es un paciente que no toma su medicamento con regularidad y paciente adherente que sigue tu terapéutica establecida y la cumple . Estos autores elaboraron una literatura llamada “Medication Adherence Questionnaire (MAQ)” en el cual se elaboró también un test en el año 1986, el cual mide la adherencia ante la terapéutica de cada paciente ante alguna patología. (29)

E. Elementos que definen un tratamiento:

- **Medicamento:** Resulta suficientemente claro que el no recibir el medicamento exacto prescrito por el médico es una causa de falta de adherencia a sus indicaciones.
- **Dosis:** El no recibir las dosis prescritas es una de las causas más frecuentes de falta de adherencia. Puede darse por dos motivos: o bien el paciente considera que le está yendo bien el tratamiento y automáticamente decide incrementar la dosis, o en caso contrario, que la evolución de la enfermedad va bien pero que el paciente pueda tener molestias al medicamento prescrito y entonces decide bajar la dosis para que “se sienta mejor”. En ambos casos existe una falta de adherencia al tratamiento.
- **Vía de administración:** La vía de administración influye, muchas veces de forma decisiva en la adherencia al tratamiento. Las tasas más altas de adhesión se producen en los tratamientos que requieren medicación directa (inyecciones), niveles elevados de supervisión y registro e inicio agudo.
- **Intervalos de Administración:** El número de dosis que recibe un paciente se relaciona mucho con el grado de adherencia. Está comprobado que los regímenes de medicación monodosis son más favorables que las que son multidosis, ya que la primera da una mejor tasa de adherencia del tratamiento.
- **Duración:** Un resultado que se mantiene constante es que las tasas de adherencia disminuyen con el tiempo. Así, los comportamientos de adhesión de regímenes de tratamiento asociados a enfermedades crónicas, que requieren la adopción de cambios permanentes en el estilo de vida, o conductas preventivas prolongadas, casi con toda probabilidad reducen la adhesión en el tiempo.
- **La complejidad del régimen terapéutico:** Se observa que la mayoría de problemas en la adherencia se incrementa cuanto hay más cambios en las actividades cotidianas del paciente, ya que el tratamiento lo

demanda, todo esto lo deteriora, ya que, a lo largo del tratamiento, se restringen más actividades y el régimen terapéutico se vuelve estricto.
(30)

2.4 Definición de términos básicos

Tuberculosis Pulmonar:

Es una infección bacteriana causada por *Mycobacterium tuberculosis* contagiosa que compromete a los pulmones y que se puede propagar a otros órganos. Se puede adquirir por inhalación de gotitas de agua provenientes de la tos o el estornudo de una persona infectada.

Adherencia al tratamiento farmacológico:

El cumplimiento del tratamiento, es decir, la toma de la medicación acorde a la dosificación prescrita; y la persistencia, al consumo del medicamento por el tiempo que sea requerido

Clima social familiar:

Hace referencia al ambiente social en el que se desarrollan los miembros de una familia. Está influido por la estructura de la familia, los valores imperantes en esta, el tipo de comunicación y de relación que mantienen sus miembros, las características socioculturales (etnicidad, estatus social, creencias religiosas, etc.), la estabilidad del sistema familiar, y la forma en que en este se promueve el desarrollo de sus miembros.

III. HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis

H1: Existe relación entre el clima social familiar y la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes con tuberculosis pulmonar en la Microred Nestor Gambetta Callao-2019.

Ho: No existe relación entre el clima social familiar y la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes con tuberculosis pulmonar en la Microred Nestor Gambetta Callao-2019.

3.2 Definición conceptual de variables

Clima social familiar:

Describe las características socio-ambientales que van a presentar las familias de los pacientes con tuberculosis, lo que establece un paralelismo entre la personalidad del individuo y el lugar donde vive.

Adherencia al tratamiento farmacológico:

El cumplimiento del mismo, es decir, la toma de la medicación acorde a la dosificación prescrita; y la persistencia, al consumo del medicamento por el tiempo que sea requerido.

3.2.1 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION
CLIMA SOCIAL FAMILIAR	Describe las características socio-ambientales que van a presentar las familias de los pacientes con tuberculosis, que establece un paralelismo entre la personalidad del individuo y el lugar donde vive.	Es una variable de tipo cuantitativa presentada por las calificaciones obtenidas en la escala de clima social familiar.	Relación	Cohesión	<p>ORDINAL</p> <p>(22 a 35 pts.): Clima social familiar muy bueno</p> <p>(16 a 21 pts.): Clima social familiar regular</p> <p>(0 a 15 pts.): Clima social familiar malo</p>
				Expresión	
				Conflictos	
			Desarrollo	Autonomía	
				Social – recreativo	
				Intelectualidad- cultural	
			Estabilidad	Moralidad - religiosidad	
				Organización	
				Control	
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	El cumplimiento del mismo, es decir, la toma de la medicación acorde a la dosificación prescrita; y la persistencia, al consumo del medicamento por el tiempo que sea requerido.	Es una variable de tipo cuantitativa presentada por los días sumados al mes que asiste al recibir el tratamiento	Adherente	<p>1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?</p> <p>2. ¿Toma los medicamentos a horas indicadas?</p> <p>3. Cuando se encuentra bien ¿deja de toma la medicación?</p> <p>4. Si alguna vez le sienta mal ¿deja de tomarla?</p>	<p>NOMINAL</p> <p>1.No</p> <p>2.Si</p> <p>3.No</p> <p>4.No</p>
			No adherente		

IV. DISEÑO METODOLÓGICO

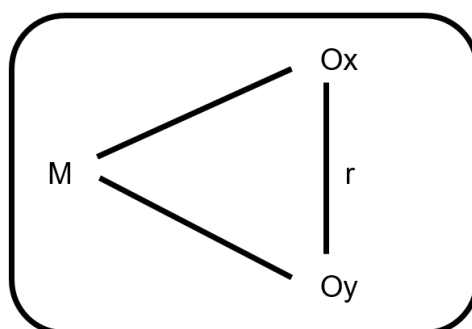
4.1 Tipo y diseño de la investigación

Tipo de la investigación

Esta investigación fue aplicada por que se busca resolver un determinado problema basándose en el conocimiento científico; cuantitativa ya que permite describir las propiedades, características y rasgos importantes de las variables observadas; de tipo correlacional porque determina de la relación existente entre dos variables o la relación existente entre dos fenómenos o eventos en un tiempo determinado y transversal, debido a que se intervendrá la población en un momento determinado.

Diseño de la investigación

No experimental porque no se manipulará las variables y solo se observará lo que ocurre con los fenómenos para luego analizarlos.



M: Representa la muestra conformada por los Pacientes con tuberculosis pulmonar del Programa de control de Tuberculosis en la Microred Nestor Gambeta.

Ox: Representa la variable independiente Clima Social Familiar

r: Representa la Relación entre variables

Oy: Representa la variable dependiente Adherencia al Tratamiento Farmacológico del paciente.

4.2 Método de la investigación

El método empleado fue el Hipotético – Deductivo ya que la formulación de la Hipótesis estuvo sujeta a verificación o comprobación de ésta, a través de la observación y verificación comparándola con la experiencia.

4.3 Población y muestra

Se consideró al total de la población para realizar este estudio, constituido por 39 pacientes que pertenecen a la estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis y asisten a recibir tratamiento en la Microred Néstor Gambetta, la cual cuenta con 2 establecimientos: Centro de Salud Nestor Gambetta y Ramón Castilla.

Centros de Salud	Cantidad	%
Nestor Gambetta	30	77
Ramón Castilla	9	23
Total	39	100

Criterios de inclusión

- a) Paciente diagnosticado de TBC pulmonar en el año 2019
- b) Mayores de 18 años
- c) Pacientes que acepten participar en la encuesta (firmar el consentimiento informado)
- d) Paciente que viva con algún familiar.

Criterios de exclusión

- a) Paciente con diagnóstico de TBC extra pulmonar o con alguna comorbilidad
- b) Paciente que no quiera participar del estudio (no firme el consentimiento informado)

4.4 Lugar de estudio y periodo desarrollado.

La investigación se llevó a cabo en la Microred Néstor Gambetta el cual pertenece a la Red Bonilla- La Punta, Diresa - Callao la cual está conformada por dos establecimientos de salud: Centro de Salud Gambetta ubicado en la avenida Francisco Bolognesi- Gambetta Alta y Centro de Salud Ramón Castilla ubicado en Jr. Cuzco - Ramon Castilla ambas ubicadas en la provincia constitucional del Callao. La Microred cuenta con una población total de 21 625 habitantes en toda su jurisdicción.

El periodo de estudio abarco desde el 01 de enero del 2019 al 31 de diciembre del 2019.

4.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

La técnica que se utilizó fue la entrevista que es usada en investigaciones cualitativas para recabar datos del sujeto de investigación estableciendo una interacción entre el entrevistado y el entrevistador para lograr extraer la información mediante preguntas y respuestas.

Como instrumento de recolección de datos se utilizaron dos cuestionarios; para la variable Clima social familiar se utilizo el cuestionario de la escala Clima Social Familiar Adaptada (Rudolf H. Moos, B.S. Moos y E.J Trickett). La escala del Clima Social Familiar fue extraída del trabajo de investigación titulado “Relación entre el clima social familiar y nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis que asisten al centro materno infantil tablada de Lurín – Villa María del Triunfo en Lima”, cuya autora es la Licenciada de Enfermería Baldeón Rodríguez, Noemí Rosa. Este instrumento extrajo 35 oraciones de la escala original de Moos ; validado en el año 2006 por la prueba binomial de Juicio de expertos , con un equipo de siete profesionales con amplio conocimiento en el tema : 02 psicólogas, 01 enfermera jefe de la Estrategia Sanitaria del Programa

Contra Tuberculosis, 01 enfermera especialista en el área de salud mental y psiquiatría, 01 socióloga, 01 docente especializada en el área de investigación y el juicio de un estadista , se realizó una prueba piloto , el puntaje obtenido para este instrumento en la prueba binomial demuestran que el error de significancia no supera los valores establecidos para $p > 0.05$, por lo que se determina la validez de este instrumento . La confiabilidad del instrumento se realizó por una prueba piloto seleccionando 20 personas, se aplicó la fórmula estadística de Kuder – Richarson utilizando el programa estadístico SPSS, teniendo así el resultado de 0.96 (96%) mostrando una alta confiabilidad, teniendo un margen de error de 0.04 (4%). (31)

Para realizar este trabajo de investigación y para medir la confiabilidad del instrumento de escala de clima social familiar las autoras de este trabajo realizaron una prueba piloto con 12 personas y aplicando la fórmula estadística de Kuder –Richarson utilizando el programa estadístico SPSS, obteniendo como resultado un 0.78 (78%) indicándonos una alta confiabilidad con un margen de error de 0.22 (22%). (Anexo 7)

La estructura del instrumento estuvo conformada por 4 partes: presentación, instrucciones, datos generales y finalizando con las 35 oraciones sobre la variable que está en estudio, para este instrumento se empleará un tiempo de 20 a 30 minutos. (Anexo 2)

Para la variable de Adherencia al tratamiento farmacológico se uso como instrumento el test de Morisky – Green- Levine .En el año 1986 los investigadores Morisky DE, Green LW, Levine DM validaron el test a traves del artículo “ Validez concurrente y predictiva de una medida auto informada de adherencia a la medicación”,se desarrolló inicialmente para su uso en pacientes con hipertensión, pero se ha utilizado posteriormente en otras patologías, incluyendo diversos trastornos mentales y enfermedades crónicas. El test cuenta con una confiabilidad de 0.61 obtenida por la fórmula estadística de Kuder –Richarson. (32)

Este instrumento ha sido validado también en España y colbs en “Estudio Descriptivo del cumplimiento de tratamiento Farmacológico antihipertensivo y Validación del test Morisky y Green. Aten Primaria 1992” en una cohorte de pacientes hipertensos, siendo utilizado en varios países como Colombia y Perú en investigaciones sobre adherencia del tratamiento en pacientes con Tuberculosis y en diferentes patologías.

Para ejecutar este trabajo de investigación las autoras de este trabajo de investigación realizaron una prueba piloto con 12 personas, la cual nos permitió obtener nivel de confiabilidad para este instrumento obteniendo un 0.87 (87%) indicando un alto nivel de confiabilidad, con un margen de error 0.13 (13%) mediante la aplicación de la fórmula estadística de Kuder-Richarson. (Anexo 7)

El test de Morisky –Green es uno de los más conocidos tanto en la práctica clínica como en la investigación, consta de 4 preguntas dicotómicas (si/no) que se le realiza al paciente, para ver su actitud ante su terapéutica. Si las actitudes no son correctas se considera que el paciente no es adherente al tratamiento y si son correctas es que es adherente al tratamiento. La respuesta correcta es: No/Si /No/No. (29)

4.6 Análisis y procedimiento de datos.

Los datos que se obtuvieron según la aplicación del instrumento, fueron tratados estadísticamente y mostrados en tablas y/o gráficos estadísticos, los cuales fueron procesados con la ayuda del software estadístico Microsoft Excel 2016 y software Stata, luego se procedió a un análisis e interpretación para las discusiones finales y conclusiones.

De este modo para determinar los rangos de los puntajes de las variables se determinó con el uso de la Escala de Clima Social Familiar (FES) para la variable de Clima Social Familiar; Este instrumento tuvo una escala cuyo tipo de medición es ordinal, conteniendo 35 oraciones (juicios) de opción

dicotómicas extraídas de la escala de Moos original, las cuales estuvieron divididas en 20 preposiciones positivas y 15 negativas.

- En el caso de ser positivas la puntuación será: V(verdadero) = 1 punto, F (falso) = 0 puntos.
- En el caso de ser negativas la puntuación será: F (falso) =1 punto., V (verdadero)= 0 puntos.

Obteniéndose así:

Puntaje máximo de 35 puntos y un puntaje mínimo de 0 puntos.

Para la categorización:

Variable “Clima Social Familiar”

- Favorable: 22-35 puntos.
- Medianamente favorable: 16- 21 puntos.
- Desfavorable: 0- 15 puntos

Dimensiones de la variable Clima Social Familiar

- Dimensión relación

- Favorable: 12-17 puntos.
- Medianamente favorable: 8 - 11 puntos.
- Desfavorable: 0- 7 puntos

- Dimensión desarrollo

- Favorable: 7-10 puntos.
- Medianamente favorable: 4- 6 puntos.
- Desfavorable: 0- 3 puntos

- Dimensión estabilidad

- Favorable: 7-8 puntos.
- Medianamente favorable: 4- 6 puntos.
- Desfavorable: 0- 3 puntos

Para la variable de Adherencia al Tratamiento farmacológico se utilizó el test de Morisky – Green- Levine con 4 preguntas con respuestas dicotómicas. (Si o No).

Para la realización del estudio se consideró importante la autorización del Médico Jefe del Centro de Salud de la Micro Red Néstor Gambetta, así como el consentimiento informado de los pacientes de la estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis que asisten a recibir tratamiento, se les explico que el uso de su información personal será conocida sólo por las autoras del estudio y es exclusivamente de uso para fines de estudio; respetando la información que nos brindan y el anonimato; ya que en el proceso de recolección de datos fue fundamental la aplicación de los principios éticos de autonomía, confidencialidad, beneficencia y no maleficencia.

V. RESULTADOS

5.1 Resultados descriptivos.

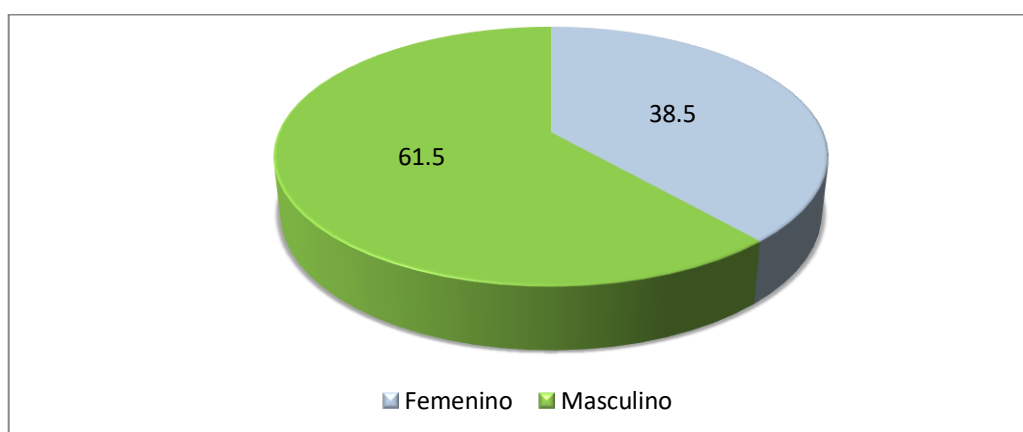
La muestra estuvo conformada por 39 pacientes durante el año 2019.

Tabla 5.1: Frecuencia de género en los pacientes con Tuberculosis Pulmonar en la Microred Nestor Gambetta Callao-2019.

Género	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	24	61.5
Femenino	15	38.5
Total	39	100

Fuente: Microred Gambetta Callao-2019.

Gráfico 5.1: Frecuencia de género en los pacientes con Tuberculosis Pulmonar en la Microred Nestor Gambetta Callao-2019



Fuente: Microred Gambetta Callao-2019.

INTERPRETACIÓN:

En la **Tabla 5.1** y en el **Gráfico 5.1**, se observa que, de los 39 pacientes, 24 (61,5%) pertenecen al género masculino y 15 (38.5%) pertenecen al género femenino.

Tabla 5.2: Estadísticos descriptivos de la Escala total y dimensiones de Clima Social Familiar, en pacientes con Tuberculosis Pulmonar en la Microred Nestor Gambetta Callao 2019.

Clima Social Familiar	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar	Mediana
Total	13	29	23,08	4,77	24
Relación	5	16	11,36	3,07	12
Desarrollo	3	8	6,03	1,06	6
Estabilidad	2	8	5,67	1,64	6

Fuente: Base de Datos STATA

INTERPRETACION:

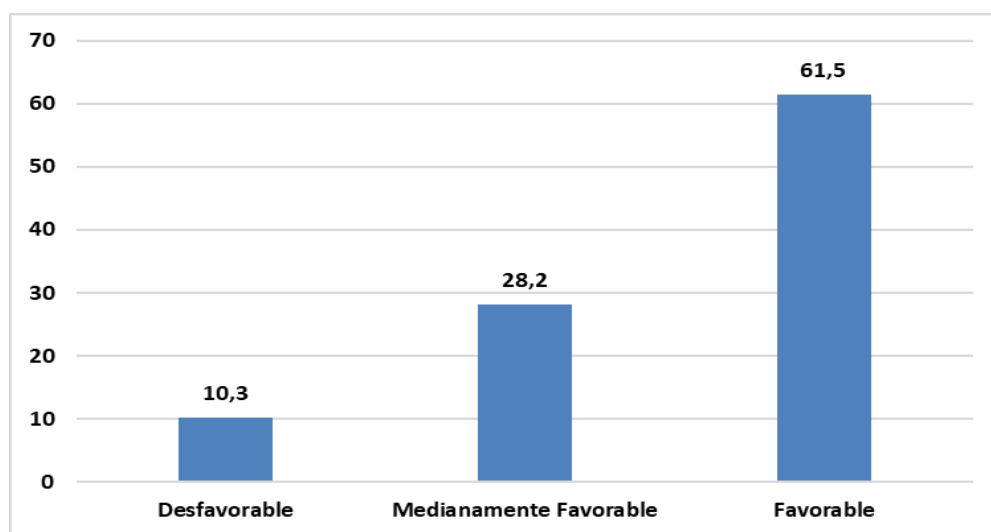
La **Tabla 5.2** muestra estadísticos descriptivos obtenidos por cada dimensión. Los puntajes promedios obtenidos por cada dimensión son: Relación (11,36), Desarrollo (6,03) y Estabilidad (5,67) y el promedio total es (23,08).

Tabla 5.3: Tipo de Clima Social Familiar, en pacientes con Tuberculosis Pulmonar en la Microred Nestor Gambetta Callao 2019.

Clima Social Familiar	Frecuencia	Porcentaje
Desfavorable	4	10,3
Medianamente Favorable	11	28,2
Favorable	24	61,5
Total	39	100

Fuente: Encuesta Clima Social Familiar

Gráfico 5.2: Tipo de Clima Social Familiar, en pacientes con Tuberculosis Pulmonar en la Microred Nestor Gambetta Callao 2019.



Fuente: Encuesta de Clima Social Familiar

INTERPRETACION:

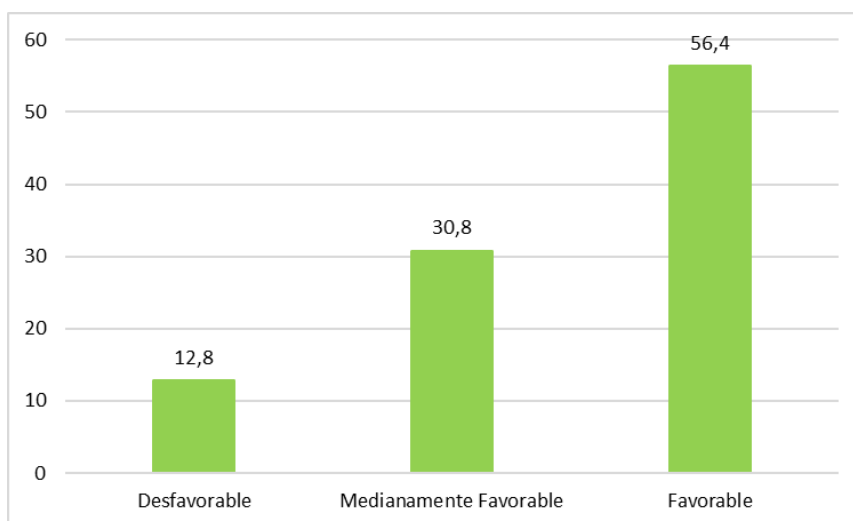
En la **Tabla 5.3** y **Gráfico 5.2** nos indica que un 61,5% (24) de pacientes presentan un clima social favorable, el 28,2% (11) presenta clima social medianamente favorable y el 10,3% (4) presentaron un clima social desfavorable.

Tabla 5.4: Tipo de Clima Social Familiar en la dimensión Relación, expresado en porcentaje; en pacientes con Tuberculosis Pulmonar en la Microred Nestor Gambetta Callao 2019.

Dimensión del Clima Social Familiar :Relación	Frecuencia	Porcentaje
Desfavorable	5	12,8
Medianamente Favorable	12	30,8
Favorable	22	56,4
Total	39	100

Fuente: Encuesta de clima Social Familiar

Gráfico 5.3: Tipo de Clima Social Familiar en la dimensión Relación, expresado en porcentaje; en pacientes con Tuberculosis Pulmonar en la Microred Nestor Gambetta Callao 2019.



Fuente: Encuesta de clima Social Familiar

INTERPRETACION:

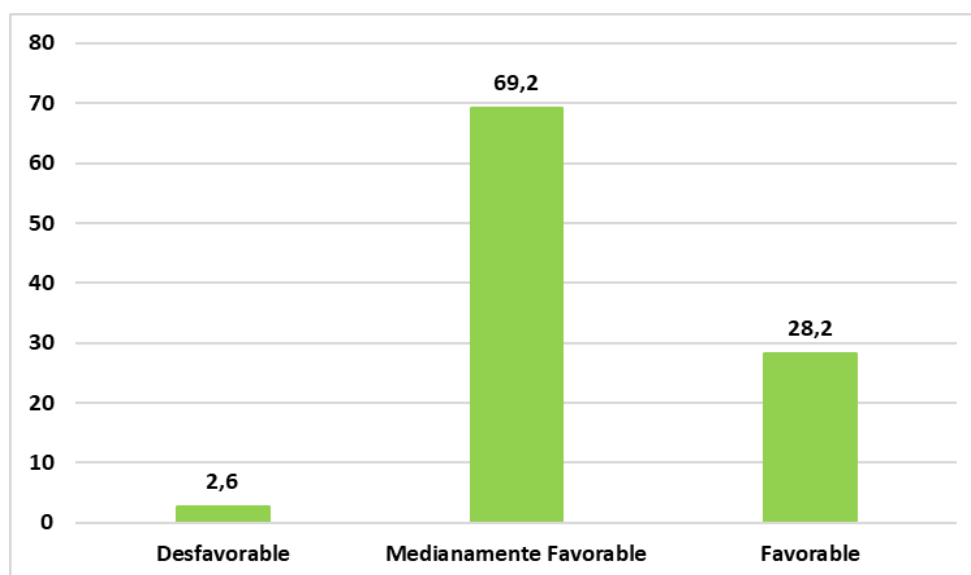
En la **Tabla 5.4** y **Gráfico 5.3** se presenta el resultado del tipo de Clima social Familiar en la dimensión Relación. El 56,4% (22) de pacientes tienen una favorable dimensión, un 30,8% (12) medianamente favorable y un 12,8% (5) desfavorable.

Tabla 5.5: Tipo de Clima Social Familiar en la dimensión Desarrollo, expresado en porcentaje; en pacientes con Tuberculosis Pulmonar en la Microred Nestor Gambetta Callao 2019.

Dimensión del Clima Social Familiar: Desarrollo	Frecuencia	Porcentaje
Desfavorable	1	2,6
Medianamente Favorable	27	69,2
Favorable	11	28,2
Total	39	100

Fuente: Encuesta de clima Social Familiar

Gráfico 5.4: Tipo de Clima Social Familiar en la dimensión Desarrollo, expresado en porcentaje; en pacientes con Tuberculosis Pulmonar en la Microred Nestor Gambetta Callao 2019.



INTERPRETACION:

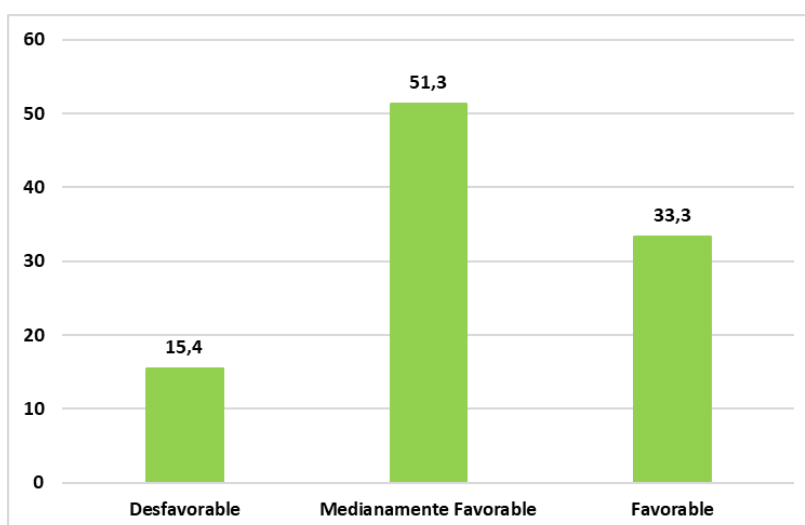
En la **Tabla 5.5** y **Gráfico 5.4** se presenta el resultado del tipo de Clima social Familiar en la dimensión Desarrollo. El 28,2% (11) de pacientes tienen una favorable dimensión, un 69,2% (27) medianamente favorable y un 2,6% (1) desfavorable.

Tabla 5.6: Tipo de Clima Social Familiar en la dimensión Estabilidad, expresado en porcentaje; en pacientes con Tuberculosis Pulmonar en la Microred Nestor Gambetta Callao 2019.

Dimensión del Clima Social Familiar: Estabilidad	Frecuencia	Porcentaje
Desfavorable	6	15,4
Medianamente Favorable	20	51,3
Favorable	13	33,3
Total	39	100

Fuente: Encuesta de Clima Social Familiar

Gráfico 5.5: Tipo de Clima Social Familiar en la dimensión Estabilidad, expresado en porcentaje; en pacientes con Tuberculosis Pulmonar en la Microred Nestor Gambetta Callao 2019.



Fuente: Encuesta de Clima Social Familiar

INTERPRETACION:

En la **Tabla 5.6** y **Gráfico 5.5** muestra el resultado del tipo de Clima social Familiar en la dimensión Estabilidad en los pacientes. El 33,3% (13) tienen una dimensión favorable, un 51,3% (20) medianamente favorable y un 15,4% (6) desfavorable.

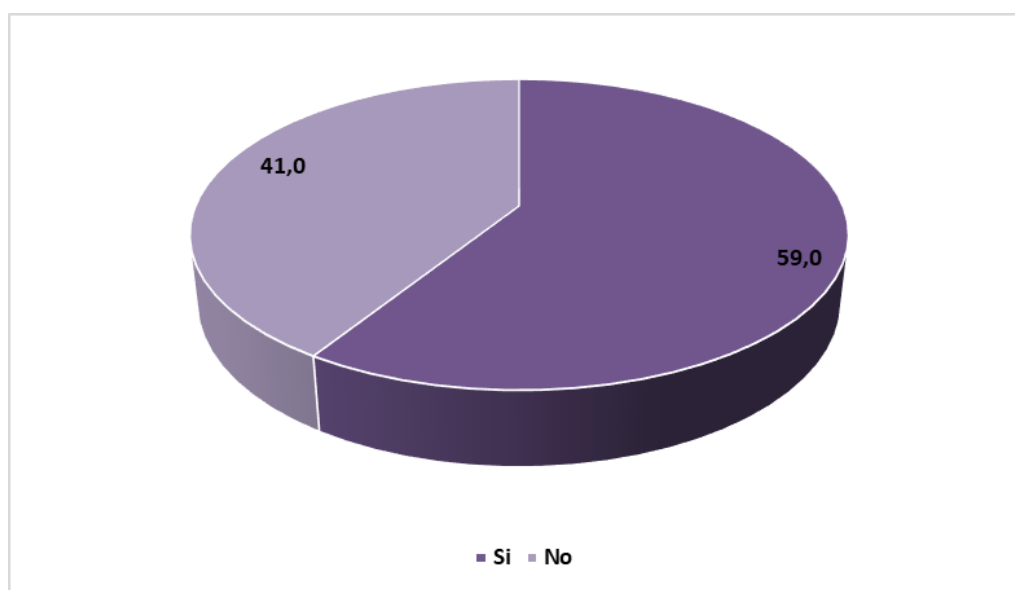
Tabla 5.7: Adherencia al tratamiento Farmacológico en pacientes con Tuberculosis Pulmonar en la Microred Nestor Gambetta Callao 2019.

Fuente:

Adherencia	Frecuencia	Porcentaje
Si	23	59,0
No	16	41,0
Total	39	100

Fuente: Encuesta de Adherencia al Tratamiento

Gráfico 5.6: Adherencia al tratamiento Farmacológico en pacientes con Tuberculosis Pulmonar en la Microred Nestor Gambetta Callao 2019.



INTERPRETACIÓN:

En la **Tabla 5.7** y el **Gráfico 5.6** nos muestra que el 41% (16) de los pacientes no tiene adherencia al tratamiento farmacológico en relación al 59% (23) que si tiene adherencia.

5.2 Resultados inferenciales.

Se presentará la tabla cruzada de las dos variables de este estudio para el resultado del objetivo general.

Tabla 5.8: Asociación entre el Clima Social Familiar con la Adherencia al tratamiento Farmacológico, en pacientes con Tuberculosis Pulmonar en la Microred Nestor Gambetta Callao 2019.

Clima Social Familiar	Adherencia al Tratamiento				Total	
	Si		No		n	%
	n	%	n	%		
Desfavorable	0	0,0	4	100,0	4	100%
Medianamente Favorable	4	36,4	7	63,6	11	100%
Favorable	19	79,2	5	20,8	24	100%
Total	23		16		39	

Test Exacto de Fisher

Fuente: Base de Datos STATA

INTERPRETACION:

La **Tabla 5.8** nos muestra que de 4 pacientes con un clima social familiar desfavorable, ninguno presenta adherencia al tratamiento; de 11 pacientes con un clima social medianamente favorable un 36,4% (4) presentó adherencia y de 24 pacientes con un clima social favorable, la adherencia fue del 79,2% (19)

VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1 Contrastación y demostración de hipótesis con los resultados.

Prueba de la Hipótesis General

H1: Existe relación entre el clima social familiar y la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes con tuberculosis pulmonar en la Microred Nestor Gambetta Callao-2019.

Ho: No existe relación entre el clima social familiar y la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes con tuberculosis pulmonar en la Microred Nestor Gambetta Callao-2019.

Tabla 6. 9: Test Exacto de Fisher:

Total (Agrupada)	Adherencia		Total
	No	Si	
<= 15	4 100.00	0 0.00	4 100.00
16 - 21	7 63.64	4 34.36	11 100.00
22+	5 20.83	19 79.17	24 100.00
Total	16 41.03	23 58.97	39 100.00
Pearson chi(2) = 12.1189 Fisher's exact = 0.002			Pr = 0.002

Fuente: Base de datos STATA

INTERPRETACION

Para verificar la asociación entre estas dos variables se aplicó la prueba exacta de Fisher el cual indica que esta relación es significativa pues el valor de la significancia asintótica ($p = 0,002 < 0.05$); por cual se rechaza la hipótesis nula.

6.2 Contrastación de los resultados con otros estudios similares.

En este trabajo de investigación, la cual contó con 39 pacientes de los cuales el mayor porcentaje de pacientes es del género masculino (61.5%) y un menor porcentaje del sexo femenino (38.5%), presentando que un 61.5 % tiene un clima social familiar favorable, el 28,2% presenta un clima social medianamente favorable y el 10,3% presentaron un clima social desfavorable. Y a su vez que un 59% del total de pacientes tiene adherencia al tratamiento y el 41% no cuenta con esta característica.

También se dio respuesta al objetivo general se demostrando a través del análisis de los resultados que existe relación entre la variable Clima social Familiar y la adherencia del tratamiento en pacientes con Tuberculosis pulmonar en la Microred Nestor Gambetta durante el año 2019, lo cual determina que a un mejor clima social familiar que tenga el paciente su adherencia al tratamiento mejorará, que coincide con los resultados del trabajo de TORRES GUTIERREZ , Sussan 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” (17) en la cual se tuvo como resultado que el apoyo familiar en pacientes con tuberculosis pulmonar del Centro de Salud “San Cosme”; es regular con 43,3%, seguido de bueno con 33,3% y malo con 23,3%. La adherencia al tratamiento en los pacientes con tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud “San Cosme” de La Victoria, es sin adherencia con 55% y con adherencia con 45%, es decir que si existe una relación significativa del apoyo familiar con la adherencia al tratamiento

El estudio de CORRALES ZARUMA, Erick Joseph y et al. en su tesis llamada “Factor social que influye en el abandono del tratamiento de pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud n ° 8, Distrito n° 4” se demuestra que uno de los factores principales para no abandonar el tratamiento en pacientes con tuberculosis es la familia , y el apoyo que se recibe en el entorno donde el paciente se encuentra . (10) A su vez, Nola Pender nos explica en su teoría

que los pacientes adoptan conductas que se ven influenciadas por el ambiente familiar y social en su entorno por medio de apoyo, aceptación y compañía.

Con respecto a la investigación de CONDORI CARCASI, Sharon Nohely. Arequipa en su trabajo de investigación "Participación familiar y adherencia al tratamiento del paciente con tuberculosis pulmonar en Micro redes de la red de Salud Arequipa-Caylloma". Nos mostró los siguientes resultados indicando que el 71.4 % de paciente son de sexo masculino, el 52.9 % presenta una edad de 21 a 40 años, el 48.6 % solteros, el 61.4 % provienen de la ciudad de Arequipa, el 48.6 % tienen grado de instrucción secundaria, el 47.1 % son de ocupación dependiente, el 41.4 % los padres son el sustento del hogar; el 44.3 % tienen un nivel muy favorable en relación a la participación familiar de los pacientes con tuberculosis pulmonar, el 39.1 % reciben apoyo afectivo muy favorable, el 29 % reciben apoyo emocional muy favorable, el 40.6 % reciben apoyo socioeconómico muy favorable, lo que coadyuva a una alta adherencia al tratamiento, La adherencia al tratamiento en los pacientes es alta con el 67.1 % , lo cual nos dice que si existe relación significativa entre la participación familiar y la adherencia al tratamiento del paciente con tuberculosis pulmonar. (14) , lo cual concuerda con los resultados obtenido respecto a la relación significativa entre el Clima social familiar y la adherencia al tratamiento farmacológico , determinando que la familia es parte fundamental y que para tener un buen Clima social familiar debe de haber una favorable relación , desarrollo y estabilidad dentro del entorno de cada paciente.

Se asemeja también con el trabajo de investigación de SANGALLY SOLOZANO, Maria y CRUZ GUISBERT, Juan Richard La Paz-Bolivia (2019) en su tesis llamada "Apoyo Social en el tratamiento de la Tuberculosis, Hospital Luis Uría de la Oliva, Caja Nacional de Salud, Gestión 2016, 2017", que tuvo como conclusión que el entorno familiar es un factor primordial para la recuperación del paciente tanto por el apoyo social recibido, apoyo afectivo, emocional/informativo e Instrumental. (9)

Con respecto a la Adherencia al tratamiento del paciente con tuberculosis esta investigación nos muestra un nivel bajo de No adherencia ha sido

consecuencia de un Clima social desfavorable, respaldando este resultado con el estudio de OCAMPOS ROBLEDO, Luz Marleny. Piura (2017) en su tesis “Adherencia al tratamiento y su relación con la participación de la familia en pacientes con tuberculosis atendidos en el Hospital II Santa Rosa-Piura Agosto a diciembre 2017” la cual tuvo como resultado que el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis atendidos en el Hospital II Santa Rosa. Piura, fue de 76,5% bajo el 17,6% nivel medio y el 5,9% nivel alto; concluyendo que el nivel de adherencia al tratamiento es bajo y de participación de la familia es desfavorable (15) , la cual concuerda a su vez con el trabajo de DRA. VELASQUEZ ARNAIS, Lilibian. México D.F. (2016) en su tesis “Funcionalidad familiar y apego al tratamiento en pacientes con Tuberculosis”, que con base a los resultados obtenidos en esta investigación existe un riesgo de abandono al Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado en pacientes con disfuncionalidad familiar. (12)

Finalmente, en el artículo de la Dra. María del Carmen Cid Rodríguez nos concluye que en lo que concierne a la protección de la salud, la familia cumple roles esenciales y de gran importancia, mientras ejercen funciones que refieren a la satisfacción de necesidades básicas y el cuidado de sus integrantes (33). Esto comprueba que la familia es imprescindible en la adherencia y cumplimiento del tratamiento del paciente, brindando apoyo, demostrando mediante los resultados del presente trabajo que mientras el clima social aumenta, existe mayor adherencia del tratamiento farmacológico.

6.3 Responsabilidad ética de acuerdo a los reglamentos vigentes.

En esta investigación se procura cuidar la propiedad intelectual por lo cual se respetó las normas internacionales que ya han sido establecidas y estandarizadas por la comunidad científica, usando referencias bibliográficas de estilo Vancouver

Se ha considerado la solicitud a la Medico Jefe de la Microred Nestor Gambetta para poder ejecutar este trabajo de investigación, así mismo se consideró solicitar un consentimiento informado a los 39 pacientes que participaron en esta investigación y se les explico que era una información confidencial entre pacientes e investigadores. Se ha considerado para la recopilación de la información dos cuestionarios, los cuales se cumplieron a cabalidad y con ayuda del compromiso de los participantes. Se cumplió con la ética de la enfermera, la cual está orientada hacia los principios morales, los principios bioéticos y una honorable.

CONCLUSIONES:

En el presente trabajo de investigación, se obtiene las siguientes conclusiones:

- A.** Se determina que existe relación entre las variables: clima Social Familiar y Adherencia al Tratamiento de los pacientes con Tuberculosis pulmonar en la Microred Nestor Gambetta.
- B.** El 61.5% de los pacientes con tuberculosis pulmonar de la Microred Nestor Gambetta presentan un Clima Social Familiar Favorable, es decir, muestran un alto apoyo por parte de la familia.
- C.** El 28.2% de los pacientes con tuberculosis pulmonar de la Microred Nestor Gambetta presentan un Clima Social Familiar medianamente desfavorable, ya que cuentan con un parcial apoyo familiar.
- D.** El 10.3% de pacientes con tuberculosis pulmonar de la Microred Nestor Gambetta que cuenta con un clima social desfavorable, evidenciando que no cuenta con un buen ámbito familiar.
- E.** El 59% de los pacientes de la Microred Nestor Gambetta presentan Adherencia al Tratamiento, se demuestra que un mayor porcentaje de los pacientes son continuos en el cumplimiento de su tratamiento y a su vez cuentan con un favorable Clima Social Familiar.
- F.** El 41% de los pacientes de la Microred Nestor Gambetta no presentan adherencia al tratamiento, ya que presentan repetitivas inasistencias y se muestra que la mayoría tiene una Clima Social Desfavorable.

RECOMENDACIONES

- A. Se recomienda incluir la participación de la familia de manera activa durante el proceso que conlleva el paciente durante todo su tratamiento y el proceso de la enfermedad debido a que se ha demostrado que esto influye favorablemente con la adherencia a su tratamiento.

- B. Fortalecer el conocimiento en la familia mediante programas de educación los cuales tengan como objetivo fortalecer la relación familiar y lograr un ámbito de apoyo en la familia y a su vez la adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes

- C. Realizar investigaciones relacionado a la familia de pacientes con tuberculosis, de este modo comprender su significado y así prevenir la no adherencia al tratamiento farmacológico.

- D. Al personal de la Microred Néstor Gambetta, continuar con el cumplimiento correcto de la Norma Técnica de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis con respecto al tratamiento, concientizando a los pacientes a través de sesiones educativas dirigidas a ellos y su familia, promoviendo su inclusión y obteniendo como resultado el incremento porcentual en la adherencia al tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Salud OMD. OMS. [Online].; 2020 [cited 2020 MARZO 15. Available from: https://www.who.int/tb/challenges/gender/page_1/es/.
2. Alba Idaly Muñoz Sánchez YLRMCLV. SCielo. [Online].; 2011 [cited 2020 Abril 3. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000100014.
3. Organización Mundial de la Salud. [Online]. [cited 2020 Marzo 18. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>.
4. C. CPMYVF. Nuevas perspectivas terapéuticas en tuberculosis. [Online].; 2015 [cited 2019 Octubre 22. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcher/v31n3/art05.pdf>.
5. Guix Comelia, Enriqueta Force, Librada Rojas, Antoni Noguera. La importancia de una adherencia correcta al tratamiento antituberculoso. [Online].; 2015 [cited 2019 Diciembre 15. Available from: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/107051/1/648746.pdf>.
6. Manual de Procedimientos en Tuberculosis para Personal de Enfermería. [Online].; 2015 [cited 2019 Octubre 20. Available from: http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/micobacteriosis/descargas/pdf/Enfermeria_2015_OK_040815.pdf.
7. Valentina Alarcón EACFAMT. SCielo. [Online].; 2017 [cited 2020 Enero 23. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342017000200021.
8. Salud OMD. Informe mundial sobre la Tuberculosis 2017. [Online].; 2017 [cited 2018. Available from: https://www.who.int/tb/publications/global_report/es/.
9. Sangally Solozano, Maria y Cruz Guisbert, Juan Richard. Repositorio Institucional Universidad MAyor de San Andrés. [Online].; 2018 [cited 2020 Febrero 26. Available from: <https://repositorio.umsa.bo/xmlui/bitstream/handle/123456789/22410/TM-1468.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

10. CORRALES ZARUMA , Erick Joseph. Factor social que influye en el abandono del tratamiento de pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud N°8 Ciudad de Guayaquil- Ecuador. [Online].; 2018 [cited 2019 Octubre 15. Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/30779/1/1209-TEISIS-CORRALES%20Y%20%20FREIRE.pdf>.
11. Balcáceres RYU, Villalobos JOV, Amaya OAV. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento de la Tuberculosis en pacientes en el Primer Nivel de Atención, Ahuachapán, Junio-Agosto 2018. [Online].; 2018 [cited 2020 Febrero 27. Available from: <http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/19146/1/INFORME%20FINAL.pdf>.
12. Dra. VELASQUEZ ARNAIS ,Liliana. Funcionalidad familiar y apego al tratamiento en pacientes con tuberculosis Mexico D.F. [Online].; 2016 [cited 2019 Octubre 15. Available from: <http://132.248.9.195/ptd2015/agosto/0734180/Index.html>.
13. Col. My. Factores que favorecen el apego al tratamiento en casos de Tuberculosis Pulmonar. Mexico 2016. [Online].; 2016 [cited 2019 Octubre 21. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2014/af142e.pdf>.
14. CONDORI CARCASI SN. Relación entre el clima Social, familiar y nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis que asisten al centro médico infantil Tablada de Lurín. [Online].; 2018 [cited 2019 Octubre 15. Available from: http://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/uap/8640/1/T059_46218225_T.pdf.
15. OCAMPOS ROBLEDO LM. Adherencia al tratamiento y su relacion con la participacion de la familia en pacientes con tuberculosis atendidos en el Hospital II Santa Rosa - Piura Agosto a Diciembre. [Online].; 2017 [cited 2019 Octubre 15. Available from: <http://repositorio.usanpedro.edu.pe/handle/USANPEDRO/8564>.
16. SOLÓRZANO BLAS , Ronald Angel y GONZALES ALBARRÁN ,Lesly Estefany. Apoyo social y adherencia al tratamiento de tuberculosis en usuarios del puesto de salud Magdalena Nueva Chimbote, 2016. [Online].; 2016 [cited 2019 Octubre 15. Available from: http://repositorio.usanpedro.edu.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/8816/Tesis_59296.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

17. TORRES GUTIERREZ S. Relacion entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes cn tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud San Cosme Junio - 2016. [Online].; 2016 [cited 2019 Octubre 15. Available from: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1393/T-TPLE-Sussan%20Torres%20Gutierrez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
18. Ramos Peña TL. Clima social familiar y nivel de autoestima en pacientes con tuberculosis pulmonar, Hospital Santa María del Socorro, Ica-julio 2015. [Online].; 2016 [cited 2020 enero 01. Available from: http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/1975/278_2014_nina_%20condori_jf_facis_enfermeria.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
19. Lic. Gladis Patricia Aristizábal Hoyos LDMBASRyMRMOM. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. [Online].; 2011 [cited 2019 Octubre 21. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n4/v8n4a3.pdf>.
20. EcuRed. Familia. [Online].; 2018 [cited 2018 Setiembre 15. Available from: <https://www.ecured.cu/Familia>.
21. GUAMÁN MIP. Repositorio de Universidad de Cuenca. [Online].; 2010 [cited 2018 Junio 26. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2267/1/tps602.pdf>.
22. Carreras A. Recursos, Funcionalidad y Disfuncionalidad Familiar. [Online].; 2016 [cited 2018 Julio 5. Available from: <http://www.avntf-evtntf.com/wp-content/uploads/2016/06/Recursos-funcion.-y-disfunc.-fam.-A.-Carreras.-2014.pdf>.
23. Familia CdEdl. La familia como contexto de Desarrollo Humano. [Online].; 2012 [cited 2018 Setiembre. Available from: http://www.ayto-fuenlabrada.es/recursos/doc/bienestar_social/31293_2342342012122952.pdf.
24. PAUCAR LAS. Repositorio USIL. [Online].; 2012 [cited 2018 Julio 05. Available from: http://repositorio.usil.edu.pe/bitstream/123456789/1323/1/2012_Santos_EI%20clima%20social%20familiar%20y%20las%20habilidades%20sociales%20de%20los%20alumnos%20de%20una%20institución%20educativa%20del%20Callao.pdf.

25. MINSA. Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis. [Online].; 2012 [cited 2018 Junio 20. Available from: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe>.
26. MINSA. NORMA TECNICA DE SALUD PARA LA ATENCION INTEGRAL DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS. [Online].; 2018 [cited 2019 Octubre 21. Available from: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20190404114640.PDF>.
27. Salud OMDI. Programa de enfermedades Transmisibles. [Online].; 2001 [cited 2018 Mayo 10. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66822/WHO_CDS_TB_2000.283_spa.pdf?sequence=1.
28. Castro DA. [LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: CUMPLIMIENTO].; 2009 [cited 2018 Junio 05. Available from: https://www.pfizer.es/docs/pdf/asociaciones_pacientes/2009/FOROpfizer_2009.pdf.
29. Limaylla, Maribel ; Ramos , Norma. Métodos Indirectos De Valoracion Del Cumplimiento Terapéutico. [Online].; 2016. Available from: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/farma/article/view/13635/12039>.
30. PÉREZ JH. Neumología y Salud. [Online].; 2015 [cited 2019 Octubre 10. Available from: <http://www.neumologiaysalud.es/descargas/R8/R81-6.pdf>.
31. Rodriguez NRB. Relación entre el clima social familiar y nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis que asisten al centro materno infantil tablada de Lurín – Villa María del Triunfo en Lima. [Online].; 2007 [cited 2019 Diciembre 01. Available from: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/545/Baldeon_rn.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
32. DE M, LW G, DM. L. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. [Online].; 1986. Available from: https://journals.lww.com/lww-medicalcare/Abstract/1986/01000/Concurrent_and_Predictive_Validity_of_a.7.aspx.

33. Dra. María del Carmen Cid Rodríguez DRMdOR. Revista Médica Electronica. [Online]. Cuba; 2015 [cited 2020 Marzo 23. Available from: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1108/html>].

ANEXOS

ANEXO 1 MATRIZ DE CONSISTENCIA

CLIMA SOCIAL FAMILIAR Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN LA MICRORED NESTOR GAMBETTA CALLAO – 2019

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGIA
¿Cuál es la relación entre el clima social familiar y la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes con tuberculosis pulmonar en la Micro red Néstor Gambetta Callao – 2019?	<p>OBJETIVO GENERAL:</p> <p>- Determinar la relación entre el clima social familiar y la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes con tuberculosis pulmonar en la Micro red Nestor Callao – 2019</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS:</p> <p>-Identificar la relación entre la dimensión relación del clima social familiar y la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes con tuberculosis pulmonar en la micro red Nestor Gambetta Callao – 2019</p>	<p>H1: Existe relación entre el clima social familiar y la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes con tuberculosis pulmonar en la Micro red Néstor Gambetta Callao – 2019</p> <p>Ho: No existe relación entre el clima social familiar y la adherencia al tratamiento farmacológico de</p>	Clima social familiar	<p>Relación</p> <p>Desarrollo</p>	<p>- Cohesión</p> <p>- Expresión</p> <p>- Conflictos</p> <p>- Autonomía</p> <p>- Social recreativo</p> <p>-Intelectualidad- Cultural</p> <p>-Moralidad- religiosidad</p>	<p>TIPO DE ESTUDIO:</p> <p>No experimental, descriptivo simple, correlacional y de corte transversal.</p> <p>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:</p> <p>Correlacional</p> <p>POBLACIÓN:</p> <p>Treinta y nueve pacientes de la estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis que asisten a la Micro red Néstor Gambetta Callao -2019.</p>

	<p>- Identificar la relación entre la dimensión desarrollo del clima social familiar y la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes con tuberculosis pulmonar en la Micro red Nestor Gambetta Callao – 2019</p> <p>-Identificar la relación entre la dimensión estabilidad del clima social familiar y la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes con tuberculosis pulmonar en la Micro red Nestor Gambetta Callao – 2019.</p>	<p>pacientes con tuberculosis pulmonar en la Micro red Néstor Gambetta Callao – 2019</p>	<p>Adherencia al tratamiento</p>	<p>Estabilidad</p> <p>- Adherente - No adherente</p>	<p>- Organización - Control</p> <p>1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?</p> <p>2. ¿Toma los medicamentos a horas indicadas?</p> <p>3. Cuando se encuentra bien ¿deja de toma la medicación?</p> <p>4. Si alguna vez le sienta mal ¿deja de tomarla?</p>	<p>MUESTRA: Cincuenta y nueve pacientes de la estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar que asisten a la Micro red Néstor Gambetta.</p> <p>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:</p> <p>-Clima social familiar: Encuesta - Adherencia al tratamiento: Test de Morisky-Green -Levine</p>
--	--	--	----------------------------------	--	--	--

ANEXO 2
ENCUESTA DE CLIMA SOCIAL FAMILIAR

Buenos Días, somos Egresadas de Enfermería, en esta oportunidad nos encontramos realizando un trabajo de investigación sobre Clima Social Familiar y adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes que se atienden en esta Microred de salud, para lo cual solicito su colaboración para responder honestamente las preguntas planteadas a continuación. Agradezco anticipadamente su participación en este trabajo de investigación, ya que la información obtenida servirá para ayudar y lograr una mejora en la atención de los pacientes

INSTRUCCIONES: A continuación, le presentamos una serie de oraciones, en las cuales usted tiene que decir si son verdaderas o falsas en relación a su familia.

Si Usted cree que, respecto a su familia, la frase es verdadera o casi siempre verdadera marque con una X en el espacio correspondiente a la V (verdadero); si cree que es falsa o casi siempre falsa, marque una X en el espacio correspondiente a la F (falsa).

DATOS GENERALES:

Lugar que ocupa en la familia: Padre () Madre () Hijo () Vive solo ()

Otros () Especifique:

ORACIONES	Verdadero (V)	Falso (F)
1. En mi familia nos ayudamos realmente unos a otros.		
2. En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos		
3. En nuestra familia reñimos mucho		
4. En general, ningún miembro de la familia decide por su cuenta.		
5. Las actividades de nuestra familia se planifican cuidadosamente		
6. Frecuentemente vienen amigos a comer en casa o a visitarnos		
7. En mi familia cada uno puede hacer lo que quiera		

8. Todos nos esforzamos mucho en lo que hacemos en casa		
9. En mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enfados		
10. En casa a veces nos enfadamos tanto que golpeamos o rompemos algo		
11. En mi familia nos esforzamos mucho para mantener la independencia		
12. En mi familia están claramente definidas las tareas de cada persona		
13. Pasamos en casa la mayor parte del tiempo libre.		
14. En mi casa las normas son bastante inflexibles		
15. En mi familia hay un fuerte sentimiento de unión		
16. En mi familia es difícil desahogarse sin molestar a todo el mundo		
17. Las personas de nuestra familia nos criticamos frecuentemente unas a otras		
18. En mi casa una sola persona toma la mayoría de las decisiones		
19. En mi casa somos muy ordenados y limpios		
20. Las personas de mi familia salimos mucho a divertirnos		
21. En mi casa se da mucha importancia a cumplir las normas		
22. Las personas de mi familia nos apoyamos de verdad unas a otras		
23. En mi casa comentamos nuestros problemas personales		
24. Los miembros de la familia estamos enfrentados unos a otros		
25. En mi familia cada uno decide sus propias cosas.		
26. Cada uno entra y sale en casa cuando quiere.		
27. Vamos a menudo al cine, a competiciones deportivas, excursiones, etc.		
28. En mi casa creemos que el que comete una falta tendrá su castigo.		
29. Realmente nos llevamos bien unos con otros		
30. En mi casa expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y espontáneo		
31. En mi casa es difícil ser independiente sin herir los sentimientos de los demás.		
32. En mi familia, las personas tienen poca vida privada o independiente		
33. En mi familia se concede mucha atención y tiempo cada a uno.		
34. En mi casa no hay libertad de expresar claramente lo que se piensa.		
35. En mi familia creemos que no se consigue mucho elevando la voz.		

ANEXO 3

**ENCUESTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
MORISKY-GREEN**

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	Si	No
2. ¿Toma los medicamentos a horas indicadas?	Si	No
3. Cuando se encuentra bien ¿deja de toma la medicación?	Si	No
4. Si alguna vez le sienta mal ¿deja de tomarla?	Si	No

ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo..... Edad.....
paciente del programa de control de tuberculosis de la Microred Néstor Gambetta; identificado(a) con DNI.....doy mi consentimiento para participar en la investigación acerca del Clima Social Familiar y la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes con tuberculosis pulmonar en la Micro red Néstor Gambetta Callao, luego de haber sido informado (a) acerca de los objetivos y propósito de la investigación y del carácter confidencial del mismo desarrollando las presentes la relación que lleva el clima social familiar con la adherencia del tratamiento farmacológico.

En señal de conformidad con el presente consentimiento.

.....

FECHA

.....

FIRMA DEL PACIENTE

ANEXO 5

"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"

Callao, 04 de Febrero del 2020

CARGA

Dra. Silvia Merino Díaz.

MEDICO JEFE DE LA MICRORED NESTOR GAMBETTA

SE SOLICITA: Acceso a las tarjetas de asistencia y permiso para realizar encuestas a los pacientes del Programa de Tuberculosis para la ejecución del proyecto de tesis.

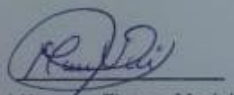
De nuestra especial consideración:

Es un honor dirigimos a usted para hacerle llegar un cordial saludo , y a la vez manifestarle que, habiendo culminado nuestro estudio de pregrado en la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional del Callao , nos encontramos realizando un Trabajo de Investigación para la obtención de nuestro título profesional de Licenciadas en Enfermería.

En esta oportunidad , solicitamos el acceso a las tarjetas de asistencia de los pacientes que pertenecen al Programa de Control de Tuberculosis de los Centros de salud Néstor Gambetta y Ramón Castilla que pertenecen a la Micro red Néstor Gambetta; asimismo solicitamos el permiso para realizar una breve encuesta a los pacientes que acuden a recibir su tratamiento para lograr la ejecución del proyecto de tesis **"CLIMA SOCIAL FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL MICRORED NESTOR GAMBETTA CALLAO - 2019"**.

Esperando su pronta respuesta afirmativa y con la seguridad de contar con su apoyo, nos despedimos de usted no sin antes expresarle nuestro más sincero agradecimiento y consideración.

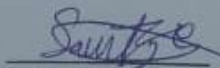
Atentamente.



Vásquez Flores, Mariel

Bachiller en Enfermería

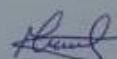
DNI: 72787180



Torrejón Espinoza, Sabrina

Bachiller en Enfermería

DNI: 70272592



Murillo Solis, Moly

Bachiller en Enfermería

DNI: 74643259



ANEXO 6

PRUEBA DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO ESCALA DE CLIMA SOCIAL FAMILIAR

Para determinar la confiabilidad del instrumento para medir la variable Clima social familiar se utilizó la prueba de confiabilidad de Khuder -Richarson (KR-20) por ser la más apropiada para respuestas dicotómicas.

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

r: 0.78

***r > 0.5**, por tanto, el instrumento es confiable en un 78%, con un margen de error de 22%. Este resultado se obtiene luego de haber realizado la prueba piloto a 12 pacientes.

ANEXO 7

PRUEBA DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO MORISKY-GREEN

Para determinar la confiabilidad del instrumento para medir la variable Adherencia al tratamiento farmacológico se utilizó la prueba de confiabilidad de Khuder -Richarson (KR-20) por ser la más eficaz para respuestas dicotómicas.

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

r: 0.87

***r > 0.5**, por tanto, el instrumento es confiable en un 87%, con un margen de error de 13%. Este resultado se obtiene luego de haber realizado la prueba piloto a 12 pacientes.

ANEXO 8

