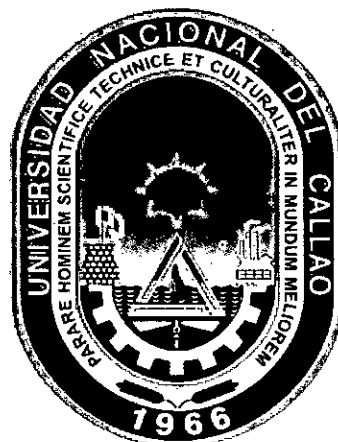


**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**APOYO FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN  
PERSONAS AFECTADAS DE TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL  
MANUEL ÁNGEL HIGA ARAKAKI DE SATIPO, 2017**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD  
PROFESIONAL EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**AUTORES:**

**MARITSA JULIA CAMARENA CRISTÓBAL  
CÉSAR RAÚL CASTRO GALARZA  
PATRICIA ROCIO MAMANI CHAVEZ**

**Callao – 2018  
PERÚ**

## **HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO**

### **MIEMBROS DEL JURADO:**

- MG MERY JUANA ABASTOS ABARCA            PRESIDENTA
- DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN   SECRETARIA
- MG. NANCY CIRILA ELLIOT RODRÍGUEZ    VOCAL

**ASESORA:** DRA. ANGÉLICA DÍAZ TINOCO

Nº de Libro: 02

Nº de Acta de Sustentación: 012

Fecha de Aprobación de la Tesis : 18/05/2018

Resolución Decanato N° 1102-2018-D/FCS de fecha 15 de mayo del 2018  
de designación de Jurado Examinador de la Tesis para la obtención del  
Título de Segunda Especialidad Profesional

## ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN .....	5
ABSTRACT .....	6
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	7
1.1. Identificación del Problema.....	7
1.2. Formulación del Problema.....	11
1.3. Objetivos de la investigación .....	11
1.4. Justificación .....	12
II. MARCO TEÓRICO .....	15
2.1. Antecedentes del estudio. ....	15
2.2. Marco Teórico.....	19
2.2.1. Base Epistémica .....	19
2.2.2. Base Cultural .....	21
2.2.3. Base teórica.....	23
2.2.4. Base científica .....	26
A. Adherencia al tratamiento.....	26
B. Apoyo familiar.....	29
C. La Tuberculosis .....	31
2.3. Definición de Términos .....	47
III. VARIABLES E HIPÓTESIS .....	48
3.1. Definición de Variables .....	48
3.2. Operacionalización de Variables .....	49
3.3. Hipótesis General y Específicas .....	51

IV.	METODOLOGÍA.....	52
4.1.	Tipo de investigación.....	52
4.2.	Diseño de la investigación.....	52
4.3.	Población y Muestra.....	53
4.4.	Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	54
4.5.	Procedimiento de recolección de datos.....	54
4.6.	Procesamiento estadístico y de análisis de datos.....	54
V.	RESULTADOS.....	55
VI.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	64
6.1.	Contrastación de hipótesis con los resultados.....	64
6.2.	Contrastación de resultados con otros estudios similares.....	66
VII.	CONCLUSIONES.....	68
VIII.	RECOMENDACIONES.....	69
IX.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	70
	ANEXOS.....	72
	Anexo 1: Matriz de Consistencia.....	73
	Anexo 2: Instrumento de recolección de datos.....	74
	Anexo 3: Datos generales de las personas afectadas de tuberculosis.....	77

## ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
TABLA 5.1	NIVEL DE APOYO FAMILIAR QUE TIENEN LAS PERSONAS AFECTADAS DE TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL MANUEL ÁNGEL HIGA ARAKAKI DE SATIPO 2017.	55
TABLA 5.2	DIMENSIONES DEL NIVEL DE APOYO FAMILIAR QUE TIENEN LAS PERSONAS AFECTADAS DE TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL MANUEL ÁNGEL HIGA ARAKAKI DE SATIPO 2017.	57
TABLA 5.3	NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO QUE TIENEN LAS PERSONAS AFECTADAS DE TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL MANUEL ÁNGEL HIGA ARAKAKI DE SATIPO 2017.	59
TABLA 5.4	DIMENSIONES DEL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO QUE TIENEN LAS PERSONAS AFECTADAS DE TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL MANUEL ÁNGEL HIGA ARAKAKI DE SATIPO 2017	61
TABLA 6.1	NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO SEGÚN APOYO FAMILIAR EN PERSONAS AFECTADAS DE TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL MANUEL ÁNGEL HIGA ARAKAKI DE SATIPO 2017.	64

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO 5.1 NIVEL DE APOYO FAMILIAR QUE TIENEN LAS PERSONAS AFECTADAS DE TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL MANUEL ÁNGEL HIGA ARAKAKI DE SATIPO 2017,	56
GRÁFICO 5.2 DIMENSIONES DEL NIVEL DE APOYO FAMILIAR QUE TIENEN LAS PERSONAS AFECTADAS DE TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL MANUEL ÁNGEL HIGA ARAKAKI DE SATIPO 2017.	58
GRÁFICO 5.3 NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO QUE TIENEN LAS PERSONAS AFECTADAS DE TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL MANUEL ÁNGEL HIGA ARAKAKI DE SATIPO 2017.	60
GRÁFICO 5.4 DIMENSIONES DEL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO QUE TIENEN LAS PERSONAS AFECTADAS DE TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL MANUEL ÁNGEL HIGA ARAKAKI DE SATIPO 2017	62
GRÁFICO 5.4 NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO SEGÚN APOYO FAMILIAR EN PERSONAS AFECTADAS DE TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL MANUEL ÁNGEL HIGA ARAKAKI DE SATIPO 2017.	63

## RESUMEN

El **OBJETIVO** de la investigación fue: Establecer la relación que existe entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en personas afectadas de tuberculosis en el Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki de Satipo. **METODOLOGÍA:** El tipo de estudio es descriptivo, de tipo básico, de diseño relacional. La población muestral de estudio estuvo conformada por el total 38 personas afectadas de tuberculosis que reciben tratamiento en el Hospital, se aplicó para la recolección de datos la técnica de la encuesta y el instrumento fue el cuestionario. **RESULTADOS:** El 44.74% de personas afectadas de tuberculosis tienen apoyo familiar medianamente favorable, el 36.84% tiene apoyo familiar desfavorable y el 18.42% tiene apoyo familiar favorable; el 47.37% tiene adherencia media, el 28.95% tiene adherencia baja y el 23.68% tiene adherencia alta. **CONCLUSIÓN:** Existe relación directa moderada entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en personas afectadas de tuberculosis en el Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki de Satipo - 2017.

**Palabras Claves:** apoyo familiar, adherencia al tratamiento, tuberculosis.

## ABSTRACT

The **OBJECTIVE** of the research was: Establish the relationship between family support and adherence to treatment in people affected by tuberculosis at the Hospital Manuel Angel Higa Arakaki in Satipo 2017. **METHODOLOGY:** The type of study is descriptive, basic, of relational design. The study sample population consisted of the total 38 people affected by tuberculosis receiving treatment at the Hospital, the technique of the survey was applied for the data collection and the instrument was the questionnaire. **RESULTS:** 44.74% of people affected by tuberculosis have moderately favorable family support, 36.84% have unfavorable family support and 18.42% have favorable family support; 47.37% have medium grip, 28.95% have low grip and 23.68% have high grip. **CONCLUSION:** There is a moderate direct relationship between family support and adherence to treatment in people affected by tuberculosis at the Hospital Manuel Angel Higa Arakaki in Satipo.

**Key words:** family support, adherence to treatment, tuberculosis.



# CAPÍTULO I

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1. Identificación del Problema

En el 2014, 9,6 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,5 millones murieron por esta enfermedad. Más del 95% de las muertes por tuberculosis ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos, y esta enfermedad es una de las cinco causas principales de muerte en las mujeres entre los 15 y los 44 años. En 2014, se estima que un millón de niños enfermaron de tuberculosis y 140 000 niños murieron de tuberculosis. La tuberculosis es la causa principal de muerte de las personas infectadas por el VIH; en 2015, fue la causa de una de cada tres defunciones en este grupo. Se calcula que 480 000 personas desarrollaron tuberculosis multirresistente a nivel mundial en 2014. La incidencia de esta enfermedad, que desde 2000 ha disminuido por término medio en un 1,5% anual, se sitúa ahora un 18% por debajo del nivel correspondiente a ese año. La tasa de mortalidad por tuberculosis disminuyó un 47% entre 1990 y 2015. Se calcula que entre 2000 y 2014 se salvaron 43 millones de vidas mediante el diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis (1).

En 2014, alrededor del 80% de los casos de tuberculosis se presentaron en 22 países. Los seis países con el mayor número de

incidencias en 2014 fueron la India, Indonesia, Nigeria, Pakistán, la República Popular de China y Sudáfrica. En algunos países se está produciendo una disminución considerable de los casos, pero en otros el número de casos están descendiendo muy lentamente. El Brasil y China, por ejemplo, se cuentan entre los 22 países con un descenso sostenido de los casos de tuberculosis en los últimos 20 años (1).

Dueñas M. y Cardona D. en Colombia en el año 2013, manifiestan que la falta de apoyo familiar, el abandono del trabajo, el impacto económico y la insatisfacción con la oportunidad de la atención en la institución de salud, fueron factores importantes a la hora de incumplir el tratamiento (2).

En el Perú anualmente se notifican alrededor de 27 mil casos nuevos de enfermedad activa y 17 mil casos nuevos de tuberculosis pulmonar frotis positivo, somos uno de los países con mayor cantidad de casos de tuberculosis en las Américas. Por otro lado, la emergencia de cepas resistentes ha complicado las actividades de prevención y control, en los últimos 2 años en el país se han reportado más de 1500 pacientes con tuberculosis multidrogo resistente (MDR) por año y alrededor de 80 casos de tuberculosis extensamente resistente (XDR) por año (3).

Las cifras de tuberculosis (TB) en el Perú no ceden, pese a que las estrategias puestas en marcha el año pasado lograron reducir la

tasa de mortalidad de 105.2 a 101.3 casos por cada 100 mil habitantes, seguimos siendo los segundos de América con la estadística más alta en la forma sensible del mal y los primeros con más casos de TB multidrogo resistente, es decir aquella que no responde al tratamiento con medicinas convencionales, señaló la Dr. Valentina Alarcón, coordinadora de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis: “Antes realizábamos cinco mil o seis pruebas de descarte al año, pero ahora realizamos unas 20 mil. A pesar de ello, el incremento no ha sido mucho, pues proyectamos encontrar un promedio de 100 casos adicionales anuales, pero solo hemos encontrado 20 casos más en 2013”, explicó. Así mismo, agregó que otros países de América, como Brasil –que tiene 90 mil casos de TB sensible (el triple que Perú)–, aún no han implementado pruebas de este tipo. “Probablemente cuando lo hagan sus cifras de casos positivos aumentarán”, señaló. Según la estadística del Ministerio de Salud, durante el año 2013 se registraron 31 mil casos de TB en la forma sensible, 1,260 casos de TB multidrogo resistente (MDR) y apenas 66 casos de TB extensamente drogorresistente (XDR). Las regiones con más incidencia del mal fueron Madre de Dios, Callao, Ucayali, Tacna, Loreto y Lima, donde se ha fortalecido la atención con medicinas y médicos especialistas (4).

En la capital la mayor cantidad de casos de TB se concentra en los distritos de San Juan de Lurigancho, precisamente el que alberga

la mayor cantidad de población de Lima. Le siguen en la estadística El Agustino, Santa Anita, Ate Vitarte y el Rímac.

Así mismo, Quevedo L. Sánchez R. Villalba F. Velásquez D. en Lima en el 2015, en su trabajo de investigación, reconocen la importancia del soporte familiar y social, ya que es un eje importante en la recuperación del paciente, ya que el paciente se siente más confiado y motivado a culminar con su tratamiento para recuperarse pronto y reinsertarse a su vida cotidiana (5).

Existen los 398 casos de TBC que se registró el 2014 en la región Junín, de los cuales un 39% fueron adultos y 30% ancianos. Siendo las zonas de la selva, como Chanchamayo y Satipo los lugares con mayor incidencia seguido de Tarma, Junín y Huancayo. La Dirección Regional de Salud (Diresa) de Junín informó que durante el 2010 al 2014 el número de fallecidos se incrementó en un 20%. Además del aumento de pacientes con TB acompañado de VIH y diabetes. Observamos que durante los últimos cinco años las cifras se mantienen entre los 449 y 398, pero esto no es real, estamos peor, hay más casos (6).

En el Hospital de Satipo se evidencia muchas veces irregularidades en el tratamiento de tuberculosis, por diversas causas; algunos pacientes manifiestan quejas sobre de los pasajes, gastos que acarrea el tratamiento, inadecuada alimentación, y la falta de apoyo de sus familiares, lo que dificulta la adherencia al tratamiento,

poniendo en riesgo la curación, y posibilidad de contagio a otras personas.

## **1.2. Formulación del Problema**

### **a. Problema general**

¿Qué relación existe entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en personas afectadas de tuberculosis en el Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki de Satipo – 2017?

### **b. Problemas específicos**

- ¿Cuál es el nivel de apoyo familiar que tienen las personas afectadas de tuberculosis en el Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki de Satipo – 2017?
- ¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento en personas afectadas de tuberculosis en el Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki de Satipo – 2017?

## **1.3. Objetivos de la investigación**

### **a. Objetivo general:**

Establecer la relación que existe entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en personas afectadas de tuberculosis en el Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki de Satipo.

### **b. Objetivos específicos:**

- Determinar el nivel de apoyo familiar que tienen las personas afectadas de tuberculosis en el Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki de Satipo – 2017.
- Identificar el nivel de adherencia al tratamiento en personas afectadas de tuberculosis en el Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki de Satipo – 2017.

#### **1.4. Justificación**

##### **a. Legal**

La Ley 30287 Ley de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Perú, en su artículo 37: Promoción de la investigación sobre tuberculosis, señala que las instituciones deben promover la investigación medio científica y social en el Perú, así mismo, el Reglamento de la Ley N° 30287, señala en el Capítulo XI promoción y fomento de la Investigación, El Instituto Nacional de Salud (INS), así como otras instituciones de investigación, priorizan la elaboración y ejecución de protocolos de investigación en tuberculosis, de acuerdo a los temas de la agenda de prioridades de investigación en salud pública vigente y dentro de la normatividad que rigen a los ensayos clínicos.

##### **b. Teórica**

Acabar para 2030 con la epidemia de tuberculosis es una de las metas relacionadas con la salud incluidas en los Objetivos

de Desarrollo Sostenible adoptados en fecha reciente, con lo cual el proyecto pretende contribuir, por otra parte el proyecto se sustenta en que el objetivo de la salud pública es el control de las enfermedades infectocontagiosa, que aquejan a las poblaciones más vulnerables, para ello debe tomar la estrategia conjunta de atención y prevención integradas y centradas en el paciente; políticas audaces y sistemas de apoyo e intensificación de la investigación y la innovación, por ello nuestro proyecto pretende encontrar la relación entre el nivel de apoyo familiar y el cumplimiento del tratamiento en personas afectadas de tuberculosis, por lo que la inasistencia y abandonos constituyen un factor importante para la presencia de la tuberculosis resistente.

**c. Social**

El propósito del trabajo es contribuir a reducir la incidencia de tuberculosis resistente, a partir de proponer estrategias de intervención para mejorar el apoyo familiar a las personas afectadas de tuberculosis, ya que como es sabido la inasistencia al tratamiento y el abandono son las causas principales de los fracasos y recaídas en los pacientes con tuberculosis, de esta manera el proyecto busca encontrar un factor para la inasistencia al tratamiento.

**d. Metodológica**

La metodología utilizada en el trabajo servirá como antecedente para futuras investigaciones, y sentará precedentes para otras investigaciones relacionadas al tema de tuberculosis, el cual es una prioridad en salud pública.



## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 Antecedentes del estudio.**

##### **A. Antecedentes Internacionales**

DUEÑES M. y CARDONA D. en Colombia en el año 2013, ejecutaron su trabajo de investigación titulado Factores relacionados con el cumplimiento del tratamiento en pacientes con tuberculosis, Pereira, Colombia, 2012-2013, teniendo como objetivo Determinar la relación entre el cumplimiento del tratamiento contra la tuberculosis y los factores sociodemográficos, económicos y clínicos, y los relacionados con los medicamentos, tanto de índole objetiva como subjetiva, en pacientes mayores de 18 años. Ejecutaron un estudio descriptivo transversal de 174 registros de pacientes del programa de control de la tuberculosis y de 15 entrevistas semiestructuradas hechas a los pacientes que no cumplían con el tratamiento durante el periodo comprendido entre junio de 2012 y junio de 2013. Como resultado encontraron que el cumplimiento del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar fue de 94,8 % y fue mayor en los pacientes del régimen contributivo ( $p=0,035$ ). el incumplimiento del tratamiento fue de 5,2 %, la intolerancia a los medicamentos fue mayor en el grupo de quienes no cumplieron el tratamiento. La falta de apoyo familiar, el abandono del trabajo, el impacto económico y la insatisfacción con

la oportunidad de la atención en la institución de salud, fueron factores importantes a la hora de incumplir el tratamiento. Concluyeron: El régimen de afiliación al sistema de salud y la tolerancia a los medicamentos fueron los factores objetivos relacionados con el cumplimiento del tratamiento y, la carga social y económica de la enfermedad, el factor subjetivo (4).

MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ Y. GUZMÁN-LÓPEZ F. FLORES-PULIDO, J. VÁZQUEZ-MARTÍNEZ V. En México en el 2013 realizaron su trabajo de investigación Factores familiares que favorecen el apego al tratamiento en casos de tuberculosis pulmonar, tenido como objetivo identificar los factores que favorecen el apego al tratamiento de la tuberculosis pulmonar (TBP). Material y métodos: estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo, realizado en la unidad de medicina familiar (UMF) no. 33 de Reynosa, Tamaulipas. México. Se incluyó al total de pacientes con diagnóstico de TBP de primera vez seleccionados mediante censo nominal. Resultados: se identificó a 57 pacientes con TBP. Fue determinada una prevalencia de 0.02%, con predominio del sexo masculino (56%). 66.6% logró la curación en retratamiento y 12% abandonó el tratamiento. De los pacientes con abandono al tratamiento, 75% presentaba algún grado de disfunción familiar. Conclusiones: la prevalencia de TBP en la UMF

fue de 0.02%, cifra notoriamente inferior a la media nacional, que es de 15, presenta altos niveles de disfunción familiar (7).

QUEVEDO L. SÁNCHEZ R. VILLALBA F. VELÁSQUEZ D. en Lima en el 2015, ejecutaron su trabajo titulado Relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en centros de salud, con el objetivo de Determinar la relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con Tuberculosis Pulmonar. Su tipo de estudio descriptivo de corte transversal, correlacional. La población estuvo conformada por 52 pacientes que estuvieron registrados en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis en los Centros de Salud: Flor de Amancaes y San Juan de Amancaes. Se utilizó como técnica la encuesta, a través de dos cuestionarios validados por juicio de expertos, instrumentos que midieron el soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento. **Resultados:** Un 81,8% de los pacientes que recibieron nivel alto de soporte familiar y social presentaron cumplimiento del tratamiento, mientras que un 36.4%, que recibieron bajo nivel de soporte familiar y social presentaron ¿cumplimiento? del tratamiento. La diferencia encontrada resultó estadísticamente significativa ( $p=0,034$ ). Mientras que un 59.6% de los pacientes cumplen con el tratamiento, y un 40,4% no lo cumplen. **Conclusiones:** el soporte familiar y social es un eje importante en la recuperación del

paciente, ya que el paciente se siente más confiado y motivado a culminar con su tratamiento para recuperarse pronto y reinserarse a su vida cotidiana (5).

SUAREZ C. en Lima en el 2014 ejecutó su tesis titulada adherencia al tratamiento y su relación con la participación de la familia en pacientes con tuberculosis en un Centro de Salud. 2014, con el objetivo de determinar la relación que existe entre el nivel de adherencia al tratamiento y la participación de la familia en el tratamiento de pacientes con tuberculosis, en el Centro de Salud Max Arias Schreiber. De enfoque cuantitativo, método descriptivo correlacional de corte transversal. Población constituida por 70 pacientes de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis del Centro de Salud Max Arias Schreiber. Para realizar la presente investigación se aplicó un cuestionario para evaluar el nivel de adherencia al tratamiento y su relación con la participación de la familia en pacientes con tuberculosis. Los resultados del estudio fueron: 23(46%) de la población presenta un nivel medio de adherencia y 27(54%) presenta un nivel medianamente favorable de participación de la familia. Las conclusiones a las que se llegaron fueron: 1. El nivel de adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Max Arias Schreiber está en un nivel "medio" lo que indica que el paciente está cumpliendo con el tratamiento farmacológico, indicaciones médicas, exámenes y pruebas de control de forma parcial, sin embargo a esto se suma el hecho que la educación, la

familia, nivel socioeconómico y las percepciones del paciente van a influenciar en la adherencia al tratamiento ya sea de forma positiva favoreciendo la adherencia o negativa originando falta de adherencia. 2. El nivel de participación de la familia en el tratamiento de pacientes con tuberculosis es “medianamente favorable”, lo cual indica que cuentan con una parcial participación de la familia y que de esta manera podrán hacer frente a la necesidad de cuidado y afrontar la crisis de la enfermedad, esto podría mejorar si se incorpora a la familia como el agente de autocuidado. 3. Existe una relación significativa entre el nivel de adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis y el nivel de participación de la familia, al existir una correlación estadística entre las variables, se acepta la hipótesis alternativa que dice: “Existe relación entre la adherencia al tratamiento y la participación de la familia de los pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Max Arias Schreiber”, lo cual enfatiza que la participación de la familia juega un papel importante en la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis (8).

## **2.2 Marco Teórico**

### **2.2.1 Base Epistémica**

La familia es un grupo de personas formado por individuos unidos, primordialmente, por relaciones de filiación o de pareja. El Diccionario de la Lengua Española la define, entre otras cosas,

como un grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas, lo que lleva implícito los conceptos de parentesco y convivencia, aunque existen otros modos, como la adopción. Según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es el elemento natural, universal y fundamental de la sociedad, tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.

El rol que juega la familia en la determinación de la salud constituye un tema que merita mayor atención, en el marco de un sistema de salud sustentado en la práctica de la medicina familiar. La salud de la familia es un tema insuficientemente trabajado, desde el punto de vista teórico en la literatura, pero, muy manejado empíricamente por los profesionales que se dedican a la atención de la salud y al bienestar familiar. Varios eventos y organizaciones internacionales como la OPS y la OMS, se han pronunciado por el fortalecimiento y la ayuda a la salud general y en particular a la bucal de la familia por más de una década, elemento que indica el reconocimiento de la influencia de este grupo social en la salud.

En la antigüedad se encuentran antecedentes del enfoque social de la salud. Hipócrates 460-370 AC y Galeno en el siglo II ya plantearon la influencia de las condiciones de vida y trabajo sobre la salud de la población. Engels en la historia del origen y desarrollo de la familia, describe las modificaciones de las relaciones familiares como producto de las diferentes condiciones

sociales y económicas de vida, vínculo que se manifiesta al identificarse la relación existente entre las características de los sistemas sociales, las condiciones de vida y las relaciones familiares, así como los tipos de familia, según períodos de desarrollo histórico.

Además, aportó la noción del condicionamiento de la salud debido a las condiciones sociales, las relaciones entre la morbilidad de las poblaciones y las condiciones materiales de vida en las comunidades. Posteriormente representantes del movimiento de la Medicina Social y la Epidemiología Crítica ofrecieron argumentos, que hoy días, tienen vigencia con relación a la base económica y social en la determinación de la salud, plantearon la visión integral del problema del conocimiento de los principales factores y determinantes de la salud, por motivo de las condiciones de vida y trabajo de la población y las diferencias culturales y de género.

### **2.2.2 Base Cultural**

La participación de la comunidad debe estar presente en cada una de las fases o ciclos de una intervención de salud. En la identificación previa de recursos, como la realización de mapeos de activos, se deben contar con los grupos o asociaciones. En la formación de grupos de priorización contaremos con individuos de la comunidad ya que ellos viven la realidad cotidiana. La identificación de oportunidades, fortalezas, debilidades y amenazas

de cualquier programa de intervención en promoción de salud deben contar con la aportación de la comunidad. Por último, para la evaluación de los resultados, la comunidad puede elegir criterios a evaluar y tras dicha evaluación y con la intención de corregir defectos, éstos deben ser conocidos por la comunidad para que trabaje en las necesarias medidas correctoras”

La promoción de la salud desde de su primera concepción entiende que la comunidad debe tener un papel primordial en el desarrollo de intervenciones en salud. Si las intervenciones deben contar con la comunidad y ésta es susceptible a los cambios sociales todo aquello relacionado con la salud también se verá afectado. El modelo tradicional científico basado en problemas, si bien ha resuelto importantes problemas de salud investigando sobre la enfermedad, no ha sido capaz de mejorar la salud en cantidad como lo han hecho los cambios sociales acontecidos al mejorar la realidad socioeconómica de la comunidad (idea planteada inicialmente por T. McKeown). Por ende, la realidad social de una comunidad además debe influir en las decisiones políticas sanitarias sociales y económicas que se adopten. La OMS defiende que la promoción de la salud para que sea posible debe darse una serie de requisitos: ausencia de guerras, justicia social, necesidades básicas cubiertas y compromiso político. El fortalecimiento, potenciación o empoderamiento psicosocial de la



comunidad, pese a que pueda generar conflictos, es básico para que ésta tenga más influencia en las políticas de salud.

Es de obligado cumplimiento preguntarnos antes de entrar a intervenir en cualquier grupo social, para tener un mínimo de garantías de complicidad e implicación de la comunidad, si ya existe algún grupo de participación en salud a nivel local. La oportunidad, es decir cuándo se va a realizar, es otro elemento a tener en cuenta si no queremos fracasar por elegir un mal momento. Si queremos formar un grupo de intervención debemos definir claramente quienes deben conformarlo debiendo tener especial consideración con aquellas personas o grupos que ya estuvieran trabajando en el mismo ámbito de intervención.

### **2.2.3 Base teórica**

#### **Teoría de Virginia Henderson**

La enfermera durante la provisión de cuidados a los pacientes, tiene que tener la capacidad de lograr satisfacer las necesidades o solucionar problemas reales o potenciales que se puedan o no presentar en él, con una actitud de pensamiento crítico, habilidades cognitivas, que constituyen la base de atención holística, creativa y eficaz hacia la atención del neonato, esto incluye cuidados especializados, con amplio conocimiento sobre el manejo de estos pacientes, tanto en el campo científico como técnico, que se

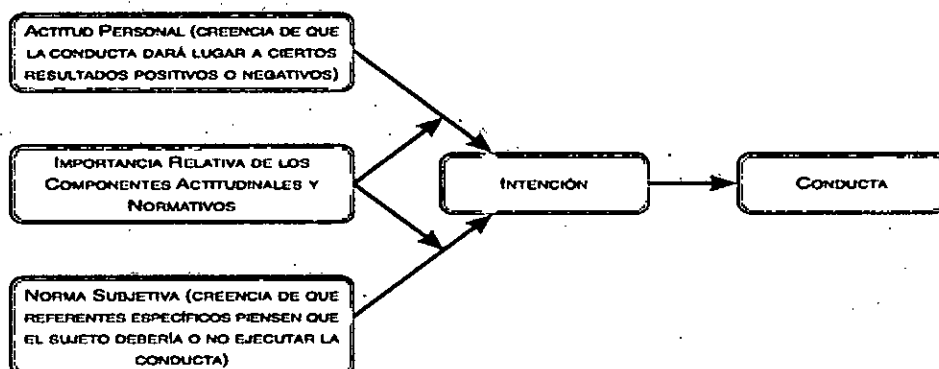
convierte en un pilar fundamental para el fomento del estado de salud del neonato (9).

La teoría de enfermería en la cual se sustenta el trabajo es la de Virginia Henderson, ya que ella considera 14 necesidades básicas similares a las de Abraham Maslow a las que se ve atada el individuo, considerándolas básicas de forma conjunta que proporcionan un enfoque holístico de la Enfermería. Según Henderson, la enfermera asiste al paciente con actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o lograr una muerte tranquila. Esta identifica tres modelos de función enfermera: Sustituta, la cual compensa lo que le falta al paciente, la Ayudante, quien establece las intervenciones clínicas y la Compañera, la cual fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud (9).

### **Teoría de la acción razonada, desarrollada por Fishbein y Ajzen**

La investigación también se sustenta en la teoría de Teoría de la acción razonada, desarrollada por Fishbein y Ajzen. El interés de esta teoría fue el de establecer un modelo que tuviera un mejor poder predictivo de la conducta en función del estudio de las actitudes que otros modelos de valor esperado no habían podido establecer. Lo realmente relevante de Fishbein y Ajzen es detener

la idea de que nuestras creencias determinan nuestras actitudes y nuestras normas subjetivas y, por ello, aunque de forma indirecta, determinan nuestras intenciones y conductas, al aplicar el modelo al estudio de los comportamientos relacionados con la salud y la enfermedad, sus autores argumentan que las personas recogen del medio la información que consideran suficiente sobre los riesgos para la salud y los beneficios y consecuencias de llevar a cabo o no determinadas conductas. El elemento principal como antecedente de la conducta es la intención conductual; de la cual depende tanto la ejecución de la conducta motivada, como la intensidad con la que se lleva a cabo. La intención está determinada a su vez por las dos variables: una personal referida a la actitud personal hacia la conducta (evaluación favorable o desfavorable por parte del sujeto de esa conducta) y una variable social referida a las expectativas que, respecto a esa conducta, el sujeto percibe en su medio social (presión social que le induce a realizar o no realizar cierta conducta), denominada influencia social normativa o norma subjetiva.



**Fuente:** Teoría de la acción razonada (1975) (Jiménez, 2003, pp. 841).

Posteriormente, Ajzen (1985,1991) agregó al modelo una nueva variable, el grado de control percibido sobre la conducta con la pretensión de que el modelo pudiera predecir conductas sobre las que los individuos tienen un control volitivo incompleto (no depende únicamente de la voluntad del sujeto para realizarlas).El control percibido se refiere a la percepción de dos tipos de obstáculos :los que se refieren a la falta de habilidades o competencias del sujeto para llevar a cabo la conducta y los obstáculos situacionales, tales como las oportunidades y los recursos disponibles para ejecutar la conducta. La conducta motivada se ejecutará eficazmente si existe la intención y la posibilidad de realizarla, considerando el apoyo familiar. (10)

#### **2.2.4 Base científica**

##### **A. Adherencia al tratamiento.**

En la actualidad el tema de adherencia al tratamiento médico tiene gran trascendencia, debido a que una serie de conductas de riesgo y problemas de salud requieren, necesariamente que la persona ponga en práctica las recomendaciones terapéuticas que se han indicado, lo cual no siempre se realiza correctamente (11).

El incumplimiento de las indicaciones médicas no solo es grave porque hace ineficaz el tratamiento prescrito contra la Tuberculosis,

sino que produce un aumento de la morbilidad y mortalidad, así como aumenta los costos de la asistencia sanitaria. Es así que genera grandes pérdidas en el aspecto personal, familiar y social (12).

La Real Academia Española (RAE) define la adherencia como Acción y efecto de adherir o adherirse, conviniendo en un dictamen o partido, o utilizando el recurso entablado por la parte contraria. Según la OMS la adherencia es el grado en que el comportamiento de una persona tiene al tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios de estilos de vida que corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria (13).

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

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

tomen los pacientes su medicación, sino por cuanto tiempo lo hagan (14).

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

La adherencia al tratamiento será estudiada desde las siguientes dimensiones:

#### **Tratamiento farmacológico**

Tomar diariamente los medicamentos, especialmente en ayunas o antes de las comidas. En caso de intolerancia, acudir a su médico de cabecera.

#### **Estilos de vida**

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

Evitar el consumo de tabaco, drogas y otros hábitos no saludables.

Cuidados en la higiene corporal: Aseo diario: baño y cuidado de piel y mucosas.

- Cuidado de la boca: cepillado de dientes y revisiones periódicas.

- Hidratación de la piel: abundantes líquidos y cremas hidratantes diariamente y cambiar la ropa de cama sin sacudir.

- Ejercicio moderado con paseos diarios

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

## **B. Apoyo familiar.**

Según la real academia español RAE la participación significa Intervención, junto con otros, en un suceso o actividad.

- Participar significar como dice Geilfus tomar parte en las decisiones y las responsabilidades desde el sitio en el que se está, desde la función que se ocupa, para ello es necesario el diálogo y por supuesto la organización. Implica también involucrarse personalmente en las tareas necesarias, insistir en aquellos aspectos que se quieren modificar o mejorar, pero siempre desde el acuerdo y el respeto, no desde la fuerza y la coacción. La participación también implica tanto dar ideas como concretarlas; en definitiva, participar es conocer, es aceptar y compartir, es trabajar y dar soluciones, es estar siempre consciente de la importancia de formar parte de algo (13).

- La participación es la intervención directa o indirecta de distintos actores en la definición de las metas de acción de una colectividad y de los medios para alcanzarlas (12) (13).

**El apoyo de la familia debe incluir el cuidado de:**

La habitación donde duerme el paciente con tuberculosis deberá ser

ventilada, iluminada, limpia Ventilación del hogar

Eliminación de desechos

Aislamiento durante el inicio del tratamiento

**El apoyo emocional debe centrarse en:**

– Participar en la recuperación del familiar enfermo, acompañándolo a recibir el tratamiento, motivándolo a que continúe con el tratamiento.

– Favorecer el cumplimiento con el tratamiento del familiar enfermo para que este no lo abandone.

– Mantener las medidas higiénicas generales:

- Fomentar adecuadas prácticas para eliminar el moco y la flema del enfermo.

- La familia debe favorecer que la alimentación sea muy nutritiva, balanceada, con presentación apetitosa y equilibrada para que el organismo del familiar enfermo con tuberculosis esté en óptimas condiciones para hacerle frente a la enfermedad; es decir debe



comer lo que quiera, pero manteniendo una dieta saludable, debido a que es importante que suba de peso.

- Promover estilos y hábitos de vida saludable

### **Apoyo económico**

La tendencia generalmente observada a una incidencia más alta de la enfermedad con el aumento de la edad. Los costos sociales y económicos de la tuberculosis son enormes, sobre todo porque su incidencia se concentra en los adultos de edades comprendidas entre 15 y 54 años, los cuales constituyen la capa más productiva de la población.

### **Información sobre la enfermedad.**

La familia debe buscar explicaciones sobre medidas higiénico-sanitarias a llevar a cabo: higiene personal, hábitos saludables, alimentación adecuada, aislamiento respiratorio mientras sea necesario, utilizar pañuelos desechables, taparse la boca al toser, no compartir habitación domiciliaria con ningún otro miembro de la unidad familiar hasta la total negativización del esputo. Es práctica habitual el mantener al enfermo con mascarilla facial durante los primeros días de tratamiento y aislamiento.

### **C. La Tuberculosis**

La tuberculosis es causada por *Mycobacterium tuberculosis*, una bacteria que casi siempre afecta a los pulmones. La afección es curable y se puede prevenir. La infección se transmite de persona a

persona a través del aire. Cuando un enfermo de tuberculosis pulmonar tose, estornuda o escupe, expulsa bacilos tuberculosos al aire. Basta con que una persona inhale unos pocos bacilos para quedar infectada. Se calcula que una tercera parte de la población mundial tiene tuberculosis latente; es decir, están infectadas por el bacilo, pero aún no han enfermado ni pueden transmitir la infección (10).

### **Etiología**

La gran mayoría de los casos de tuberculosis esta producidos por *Mycobacterium tuberculosis*, especie de la familia de *Mycobacteriaceae*, orden *Actinomycetales*. Junto con otras tres especies muy relacionadas, *M. bovis*, *M. africanum* y *M. microti*, forman el grupo de mico bacterias tuberculosas (*M. tuberculosis complex*). *M. bovis* es mucho menos frecuente. Se caracteriza por su resistencia uniforme a pirazinamida, aunque en los últimos años ha sido responsable de una epidemia en España de tuberculosis multirresistente asociada a enfermos VIH, pero con transmisión también a inmunocompetentes. *M. africanum* (se considera una forma intermedia entre las dos anteriores) es una rara causa de tuberculosis humana en África.

Las micobacterias son bacilos ácido alcohol resistentes, aerobios estrictos, inmóviles, no esporulados, que son Gram (+) aunque la tinción es muy irregular. Se reproducen muy lentamente, son

resistentes a los ácidos y álcalis y tienen una gran envoltura de ácidos micólicos, ácidos grasos ramificados, de 60-80 átomos de carbono. Por fuera de la capa de ácidos micólicos existen una serie de fenol glicolípidos y glicolípidos, de entre los que destaca el cord factor, importante como veremos para el diagnóstico. Son bacterias intracelulares, capaces de vivir dentro de las células, y más concretamente, de los macrófagos, de forma que es capaz de enlentecer su metabolismo de forma indefinida.

### **Patogenia**

Cuando una persona inhala esas partículas suspendidas en el aire, lo suficientemente pequeñas como para llegar a los alvéolos, comienza la infección. Es difícil establecer cuántos bacilos se necesitan para producir infección, pero se estima que entre 5 y 200.

Una vez en los alvéolos, los bacilos son fagocitados por los macrófagos alveolares no activados (Estadio I de la patogenia), donde se multiplican y producen la liberación de citoquinas que, a su vez, atraerán a más macrófagos y monocitos que de nuevo fagocitarán los bacilos. Se produce una acumulación de monocitos y bacilos intracelulares (Estadio II o estado de simbiosis, también conocido como Fase de Crecimiento Logarítmico) entre los días 7 y 21. La posterior necrosis tisular y de los macrófagos (Necrosis caseosa, Estadio III) hace que se cree un medio desfavorable para

la multiplicación de los bacilos. Esto se produce alrededor de la tercera semana, coincidiendo con la positivización del PPD.

Con la sensibilización de los linfocitos CD4 se produce una reacción inmunológica tipo TH1 con liberación de linfoquinas que activan los macrófagos, capaces de la destrucción del bacilo. Este fenómeno dará lugar a la formación de los granulomas que caracterizan histológicamente a la enfermedad (Estadio IV). Si la secuencia en la patogenia continúa y se produce la licuefacción del material (Estadio V) y éste drena a la vía aérea, se producirá la cavitación. En este medio los macrófagos activados son ineficaces, por lo que se crean unas condiciones idóneas para la multiplicación extracelular de los bacilos. Este foco primario casi siempre es subpleural, y localizado en la región media del pulmón (zona inferior de los lóbulos superiores y superior de los lóbulos inferior y medio), donde el flujo aéreo mayor facilita el que se depositen esos bacilos inhalados.

La infección puede progresar a enfermedad rápidamente, años después, o nunca. En los individuos inmunocompetentes infectados, el 5 por ciento desarrollará la enfermedad en los dos años siguientes a la primo infección. Otro 5 por ciento la desarrollará más tarde. Es decir, el 10 por ciento de los infectados desarrollará enfermedad en algún momento de su vida. El otro 90 por ciento permanecerá libre de enfermedad (11).

Algunas situaciones médicas aumentan el riesgo de que la infección progrese a enfermedad, pero no todas en la misma medida. Así, por ejemplo, la diabetes aumenta 3 veces el riesgo, la silicosis 30 veces, la infección por VIH más de 100 veces, y en fase de sida, hasta 170 veces.

Algunas de estas circunstancias son:

- Infección por VIH-SIDA.
- Adicción a drogas, especialmente por vía parenteral.
- Infección reciente (en los dos años previos).
- Hallazgos radiológicos sugestivos de TB previa.
- Diabetes Mellitus.
- Silicosis.
- Terapia prolongada con corticoides.
- Otras terapias inmunosupresoras.
- Cáncer de cabeza y cuello.
- Enfermedades hematológicas y del Sistema reticuloendotelial (ej. leucemia y enfermedad de Hodgkin).
- Insuficiencia renal crónica.
- Gastrectomía.
- Síndromes de malabsorción crónica.
- Bajo peso corporal (10 por ciento o más por debajo del peso ideal).

### **Transmisión de la Tuberculosis**

La transmisión de M. tuberculosis es de persona a persona, generalmente a través de los núcleos mucosos de las gotitas liberadas en el aire. La gotita de flugge que contienen organismos viables son expulsadas como consecuencia de la tos o el estornudo, de determinan a corta distancia y son demasiado grandes para penetrar hasta los pulmones; cuando estas gotas se evaporan dejan un pequeño residuo; el de la gota que puede permanecer suspendida en el aire por tiempo prolongado y son lo suficientemente pequeños para alcanzar los alvéolos pulmonares. La transmisión se produce rara vez por contacto directo con un tipo de secreción infectado o un fonite contaminado.

Las probabilidades de transmisión aumentan cuando el paciente presenta un esputo o tención positiva, un infiltrado lobular superior extenso o una cavidad, producción copiosa de esputo fino y tos forzada e intensa. Los factores ambientales como la falta de ventilación, favorecen la transmisión.

La mayoría de los adultos ya no transmiten el microorganismo a partir de varios días a dos (2) semanas, después de comenzar una quimioterapia adecuada, pero algunos picaneares siguen siendo infecciosos durante algunas semanas.

#### **Período de Transmisión.**

En terapia dura todo el tiempo que se expulsan los bacilos tuberculosos variables algunos enfermos no tratados de forma

inadecuada pueden mostrar intermitentemente bacilos en el esputo, durante años, el grado de transmisibilidad depende del número de bacilos expulsados y de sus virulencias, la suficiencia de la ventilación, la exposición de los bacilos al sol o la luz ultravioleta y las oportunidades para dispersarse, el aerosol por tos estornudos. La quimioterapia antimicrobiana eficaz, por lo común disminuye la transmisibilidad a niveles insignificantes en el término de días 6 semanas.

#### Susceptibilidad y Resistencia.

El periodo más peligroso para que aparezca la enfermedad es máximo de los niños menores de 3 años, más abajo en etapas anteriores de la niñez y de nuevo alto en los adolescentes, los adultos jóvenes y los muy ancianos. Las reactivaciones de infecciones viejas y latentes explican una gran proporción de casos de enfermedad clínica en los ancianos. En la persona infectada la susceptibilidad de presentar la enfermedad aumenta extraordinariamente si sufren infección pro-VIH y otras formas de inmunodepresión, también es mayor en las personas con bajo peso o desnutrida, con silicosis, diabetes o sometidas a vasectomías y entre los que abusan de sustancias tóxicas (12).

#### **Signos y síntomas de la tuberculosis**

- Tos prolongada (más de 15 días)
- Falta de apetito.

- Pérdida de peso.
- Sangre en la saliva después de toser.
- Dificultad para respirar (disnea).
- Expectoración.
- Decaimiento.
- Cansancio.
- Dolor en el pecho y/o la espalda.
- Fiebre.
- Sudoración por la noche.
- Aumento de los ganglios sobre todo del cuello.

### **Tipos de Tuberculosis**

La tuberculosis se clasifica en dos tipos de acuerdo a su localización en los órganos del cuerpo: Tuberculosis Pulmonar y Tuberculosis Extrapulmonar.

#### **Tuberculosis Pulmonar**

Se da en la mayoría de los casos (80%) y se caracteriza por localizarse en el pulmón produciendo lesiones o huecos llenos de microbios. Este tipo de tuberculosis es altamente infeccioso porque los microbios salen al exterior a través de la tos. La tuberculosis pulmonar es una enfermedad crónica que evoluciona con reagudizaciones. Las partes del pulmón más afectadas son los segmentos apicales y posteriores de los lóbulos superiores, y los segmentos superiores de los lóbulos inferiores. La infección



pulmonar tiene generalmente un comienzo insidioso. Cuando el paciente presenta los primeros síntomas, la enfermedad puede estar ya muy avanzada desde el punto de vista radiológico. Se piensa que la tuberculosis pulmonar puede alcanzar su extensión completa al cabo de pocas semanas. La evolución de los pacientes es variable durante años, con períodos de recrudescencia de la enfermedad que puede seguir un curso muy prolongado sin tratamiento, si bien la mayoría de los pacientes acabarán falleciendo si no se tratan en un período medio de 2 a 3 años. La tos crónica es el principal síntoma de la tuberculosis pulmonar. El esputo suele ser escaso y no purulento. Es bastante frecuente que se produzca hemoptisis, generalmente en forma de esputo hemoptoico y en raras ocasiones como hemoptisis masiva. La auscultación pulmonar puede ser inespecífica; es típica la existencia de matidez en los vértices, con presencia de crepitantes que cambian con la posición.

### **Manifestaciones Clínicas**

La tuberculosis pulmonar suele presentarse habitualmente con tos productiva de larga evolución, (generalmente el enfermo consulta cuando lleva más de tres semanas tosiendo). Éste es el principal síntoma respiratorio. El esputo suele ser escaso y no purulento. Además, puede existir dolor torácico, y en ocasiones hemoptisis. Ésta última, aunque suele reducirse a esputo hemoptoico o

hemoptisis leve, es indicativa de enfermedad avanzada. La hemoptisis grave, como consecuencia de la erosión de una arteria pulmonar por una cavidad (aneurisma de Rasmussen), y que era descrita en los libros clásicos como una complicación terminal en la era pre-antibiótica, es hoy muy rara. Otra causa de hemoptisis es la sobreinfección por aspergillus (aspergiloma) de una caverna tuberculosa crónica, en cuyo caso el sangrado se produce sin que haya actividad del proceso tuberculoso.

La pleuritis tuberculosa suele presentarse generalmente de forma unilateral, y puede asociarse a dolor pleurítico agudo o recurrente. Generalmente, los síntomas sistémicos no son muy floridos, aunque se puede presentar como una enfermedad febril aguda. En otras ocasiones es sintomática. En zonas de alta incidencia se presenta, sobre todo, en adolescentes y adultos jóvenes sin signos de afectación pulmonar. El pronóstico a corto plazo es excelente, con una remisión completa en el 90 por ciento de los casos en unos meses. Pero sin tratamiento recidivaría en el 65 por ciento de los casos en 5 años. En zona de más baja incidencia, un número alto de casos se presenta en enfermos mayores con afectación parenquimatosa concomitante. El derrame suele ser un exudado. El recuento de células suele estar entre 500 y 2.500, de predominio linfocítico, aunque hasta en un 15 por ciento pueden predominar los polimorfonucleares. En punciones repetidas se observa un

desplazamiento hacia los linfocitos. El PH suele ser de 7,3 o menos.

## **Detección y diagnóstico de casos de tuberculosis**

### **Detección de Casos**

Es la actividad orientada a identificar precozmente a las personas con tuberculosis. Se realizará permanentemente a través de la identificación y examen inmediato de los sintomáticos respiratorios, que se detectan durante la atención de salud en cualquier área/servicio del establecimiento.

Sintomático Respiratorio (S.R.): Es toda persona que presenta tos con expectoración por más de 15 días.

S.R. identificado (S.R.I): Es la persona detectada e inscrita en el Libro de Registro de Sintomáticos Respiratorios.

S.R. Examinado (S.R.Ex): Es el S.R. al que se le realiza uno o más baciloscopias de esputo.

### **Procedimientos para la Detección del Sintomático Respiratorio**

La detección del S.R. se realizará obligatoria y permanentemente en todos los establecimientos de salud, en la demanda de las atenciones en mayores de 15 años que acuden por cualquier causa a los diferentes servicios. La organización de esta actividad es responsabilidad del profesional de enfermería en coordinación permanente con el equipo multidisciplinario de la ESN-PCT y el

cumplimiento de la actividad es responsabilidad de todos los trabajadores del establecimiento de salud.

Se capacitará a todo el personal en la identificación del S.R., en todos los servicios del establecimiento de salud, priorizando Admisión y otras áreas de trabajo (Triage, Consulta Externa, Emergencia, Hospitalización).

Una vez identificado el sintomático respiratorio:

- Llenar correctamente la "Solicitud de Investigación Bacteriológica en TB"
- Inmediatamente obtener la primera muestra de esputo.
- La segunda muestra deberá traerla al día siguiente, en caso de incumplimiento el personal de salud realizará visita domiciliaria.

Consideraciones para obtener una muestra adecuada:

- Calidad: Una buena muestra es aquella que proviene del árbol bronquial, y es obtenida después de un esfuerzo de tos. Sin embargo, una muestra con apariencia de saliva o sangre puede ser positiva.
- Cantidad: Para ser considerado suficiente, la muestra debe tener un volumen aproximado de 5 ml. Si el enfermo tiene escasa secreción, se le debe indicar, que produzca 3 expectoraciones más. en el mismo envase hasta que obtenga la cantidad suficiente.

### **Definición de caso**

Caso de tuberculosis, es toda persona a la que se diagnostica tuberculosis, con o sin confirmación bacteriológica y a quien se decide indicar y administrar un tratamiento antituberculoso.

Desde el punto de vista epidemiológico, adquieren especial prioridad los enfermos con TB pulmonar frotis positivo por constituir la principal fuente de transmisión.

- Caso de tuberculosis pulmonar con frotis positivo (TBP·FP).

Es el caso de TB Pulmonar, que tienen confirmación a través del frotis directo positivo.

- Caso de tuberculosis pulmonar cultivo positivo (TBP CP).

Es el caso de TB Pulmonar, en que luego del seguimiento diagnóstico se ha demostrado la presencia de *Mycobacterium tuberculosis* en cultivo, teniendo Baciloscopia negativa.

Su diagnóstico es responsabilidad exclusiva del médico tratante del establecimiento de salud.

- Caso De Tuberculosis Pulmonar Con BK (-) Y Cultivo (-)

Es el caso de TB Pulmonar, al que se le ha realizado el procedimiento de seguimiento diagnóstico presentando bacteriología negativa y a quien se decide iniciar tratamiento antituberculoso por otros criterios (clínico, epidemiológico, diagnóstico por imágenes, inmunológico, anatomo patológico).

Su diagnóstico es responsabilidad exclusiva del médico tratante del establecimiento de salud.

### **Criterio epidemiológico**

- En todo paciente pediátrico en el que se investigue Tuberculosis se debe determinar la presencia del antecedente epidemiológico; es decir determinar la presencia de contactos con TBP FP, sobre todo en los 2 años previos.
- El contacto intradomiciliario, que convive con el niño en estudio es fundamental.
- También debe considerarse al contacto extradomiciliario (visitas frecuentes al domicilio, centro laboral, centro de estudios, vecinos) que tengan contacto habitual con el niño en estudio.
- Determinada la presencia del contacto también debería señalarse la condición del mismo (en tratamiento, fracaso, abandono, fallecido, curado) o si es portador de TB MDR.
- Tener presente que detrás de un niño con tuberculosis, hay un adulto con la misma enfermedad.

### **Criterio radiológico**

La radiografía permite evidenciar la presencia, extensión y localización de la lesión pulmonar en un paciente con sospecha de tuberculosis.

- El criterio radiológico es importante en los casos de TB miliar y complejo primario.

- Las formas clínicas de tuberculosis extrapulmonar pueden cursar con radiografía de tórax normal.

### **Tratamiento de la tuberculosis**

El tratamiento se basa en diversos regímenes de terapia combinada (varios medicamentos) de corta duración formulados en los decenios de 1970 y 1980, y que han ido mejorando en el transcurso de los años, teniendo en cuenta tres propiedades fundamentales de los medicamentos antituberculosas: capacidad bactericida, capacidad esterilizante y capacidad de prevenir la resistencia. La Isoniacida y la Rifampicina son consideradas como el Núcleo Básico del tratamiento antituberculoso a la que se agregó posteriormente la Pirazinamida; todas ellas pueden eliminar el bacilo de la TB (*Mycobacterium tuberculosis*) en cualquier localización, a nivel intracelular y extracelular.

El tratamiento farmacológico considera dos fases:

**PRIMERA FASE** de inducción o bactericida: de administración diaria, sirve para reducir rápidamente la población bacilar de crecimiento y multiplicación rápida y para prevenirla resistencia y con ello el fracaso

**SEGUNDA FASE** de mantenimiento o esterilizante: de administración intermitente. Incluye menor número de medicamentos, suficientes para conseguir la eliminación de los bacilos persistentes y evitar así las recaídas.

En todas las personas con tuberculosis es obligatorio observar la toma de medicamentos, con la finalidad de asegurar la posibilidad de curación y menos riesgo de resistencia y fracaso al tratamiento

### **Fundamentos del tratamiento farmacológico**

El tratamiento farmacológico acertado ha demostrado ser la intervención sanitaria más eficaz en el control de la tuberculosis teniendo en consideraciones los siguientes fundamentos básicos:

- Tratamiento con asociación de medicamentos (terapia combinada) de alta eficacia que prevenga la selección de bacilos resistentes, evitando así los fracasos de tratamiento.
- Tratamientos con asociación de medicamentos (terapia combinada) de alta eficacia que prevenga la selección de bacilos resistentes, evitando así los fracasos de tratamiento.
- Tiempo suficiente de tratamiento, con un número de tomas que asegure el mínimo porcentaje de recaídas.
- Reacciones adversas mínimas.
- Administración de medicamentos en boca directamente observado por el personal de salud durante la ingesta del medicamento.

### **Modalidad de la administración de medicamentos**

- El tratamiento deberá ser ambulatorio, diario, excepto domingos e integrarlos a los servicios generales de salud (puesto de salud, centros de salud y hospitales) (13).



- Para las situaciones excepcionales del establecimiento (días feriados otras), los niveles locales establecerán las estrategias más apropiadas para garantizar el cumplimiento del tratamiento supervisado.
- Se administrará el tratamiento directamente observado en boca.
- La administración será supervisada en el 100% de los casos por el personal de salud, en casos estrictamente necesarios, por los Promotores de Salud.
- En caso de la hospitalización, se debe garantizar que el tratamiento es estrictamente supervisado.
- Al alta de la hospitalización continuara ambulatoriamente el tratamiento en el establecimiento de salud de su jurisdicción.

### **2.3 Definición de Términos**

**PATs:**

Persona a quien se le diagnostica tuberculosis y a la que se debe administrar tratamiento antituberculosis.

**Frotis:**

Examen de esputo para detectar tuberculosis.

**Frotis Positivo:**

Examen de esputo en el que se encuentra la mycobacterium tuberculosis

## **CAPÍTULO III**

### **VARIABLES E HIPÓTESIS**

#### **3.1 Definición de Variables**

##### **a. Variable 1**

Apoyo Familiar:

Es la intervención de la familia en la toma de decisiones y responsabilidades en el cuidado del miembro de la familia con tuberculosis, lo que implica involucrarse personalmente brindando el soporte psico – social para el cumplimiento del tratamiento, controles, cumplimiento de medidas de bioseguridad, promoviendo el autocuidado y la práctica de los hábitos y estilos de vida que se quieren modificar o mejorar.

##### **b. Variable 2**

Adherencia al tratamiento

Es el nivel de cumplimiento en relación con la administración de los medicamentos, la pauta posológica, el plazo prescrito, el desarrollo de cambios de estilos de vida, realizándose los exámenes y las pruebas de control; asimismo, el cumplimiento de las medidas de control de la tuberculosis.

### 3.2 Operacionalización de Variables

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	VALOR FINAL DE LA VARIABLE
Apoyo familiar	Apoyo en los cuidados	Ventilación del hogar	Técnicas: Encuesta Instrumento: Cuestionario, para evaluar el apoyo familiar y nivel de adherencia al tratamiento de personas afectadas de tuberculosis. (Sección II)	Desfavorable: 0 – 15  Medianamente favorable: 16 – 30  Favorable: 31 – 45
		Eliminación de desechos		
		Iluminación		
		Aislamiento durante el inicio del tratamiento		
	Apoyo emocional	Acompaña a recibir el tratamiento		
		Acompaña al control médico		
		Muestras de afecto		
		Elogios		
	Apoyo económico	Gastos de alimentación		
		Gastos de la enfermedad		
		Gastos de pasaje		
	Información	Le brinda información		
		La familia busca información		
Participa en el examen de contactos				

<b>Adherencia al tratamiento</b>	Tratamiento farmacológico	Régimen de tratamiento farmacológico	Técnicas: Encuesta Instrumento: Cuestionario, para evaluar el apoyo familiar y nivel de adherencia al tratamiento de personas afectadas de tuberculosis (Sección III)	Adherencia Bajo: 0 – 17  Adherencia Medio: 18 – 34  Adherencia Alto: 35 – 51
	Tratamiento médico	Controles médicos		
		Exámenes de laboratorio		
		Examen de esputo		
		Radiográfica de tórax		
		Reacciones adversas		
		Horario de medicamento		
	Estilos de vida que forman parte del tratamiento de la tuberculosis	Eliminación de desechos		
		Higiene		
		Horario de alimentación		
		Sustancias tóxicas		
	Accesibilidad a la atención	Acceso a la información		
		Disponibilidad de recursos		
		Horario de atención		
	Socioeconómico	Acceso geográfico		
Acceso económico				

### **3.3 Hipótesis General y Específicas**

#### **a. Hipótesis General**

Existe relación directa moderada entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en personas afectadas de tuberculosis en el Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki de Satipo - 2017

#### **b. Hipótesis Específicas**

- Existe apoyo familiar desfavorable en las personas afectadas de tuberculosis en el Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki de Satipo – 2017.
- Existe baja adherencia al tratamiento en personas afectadas de tuberculosis en el Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki de Satipo – 2017.

## CAPÍTULO IV

### METODOLOGÍA

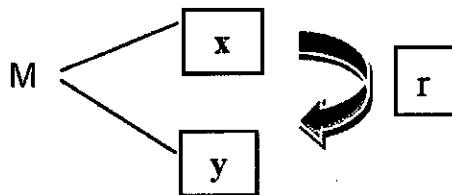
#### 4.1 Tipo de investigación.

La investigación fue de enfoque cuantitativo, descriptivo, de tipo básica, ya que Sánchez señala: “Es la búsqueda de nuevos conocimientos y campos de investigación, recoge información de la realidad para enriquecer el conocimiento científico, orientando al descubrimiento de principios y leyes; busca el progreso científico, acrecentar los conocimientos teóricos; busca desarrollar una teoría o modelo teórico científico basado en principios y leyes” (14).

El nivel fue correlacional, ya que este trabajo “no son estudios de causa y efecto; solo demuestra dependencia probabilística entre eventos”, según Sánchez H.(15).

#### 4.2 Diseño de la investigación.

El diseño fue no experimental, según Hernández (16) no se manipularán las variables deliberadamente. Se usó el diseño correlacional.



Donde:

X = observación del apoyo familiar

Y = observación de la adherencia al tratamiento

M= población

r = relación

#### **4.3 Población y Muestra.**

##### **a. Población Muestral.**

La población de estudio estuvo conformada por el total de personas afectadas de tuberculosis que reciben tratamiento en el Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki de Satipo - 2017.

N = 38

##### **b. Criterios de Inclusión:**

- Personas afectadas de tuberculosis pulmonar frotis positivo.
- Personas afectadas de tuberculosis que cuenten con una familia.

##### **c. Criterios de Exclusión:**

- Personas afectadas de tuberculosis que vivan solas.
- Personas afectadas de tuberculosis resistentes.

##### **d. Muestra.**

Se trabajó con el total de la población por ser pequeña y accesible.

#### **4.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.**

Para recolectar los datos se utilizó la encuesta que permitió recolectar los datos de las variables.

Y como instrumento se utilizó el Cuestionario para evaluar el apoyo familiar y nivel de adherencia al tratamiento de personas afectadas de tuberculosis, que fue validado a través del juicio de expertos y será sometido a la confiabilidad a través de la prueba piloto. El instrumento contiene tres secciones, la primera contiene ítems de los datos generales, la segunda sección contiene 14 ítems del Nivel de apoyo familiar, y la tercera sección contiene 17 ítems del Nivel de adherencia al tratamiento.

#### **4.5 Procedimiento de recolección de datos**

Los pasos desarrollados para el cumplimiento de los objetivos planteados fueron los siguientes:

Se solicitó el permiso a la dirección del hospital para la autorización para la recolección de datos.

Luego se aplicó el instrumento en los ambientes de la ESN de tuberculosis, con las medidas de bioseguridad, necesarias, con una duración promedio de 10 min.

#### **4.6 Procesamiento estadístico y de análisis de datos**

Los datos fueron procesados utilizando la estadística descriptiva para presentar los datos en tablas de frecuencia y sus gráficos respectivos, y para la prueba de hipótesis se usó de la estadística inferencial, se hizo de la prueba tau b de kendall por tratarse de variables ordinales.



## CAPÍTULO V

### RESULTADOS

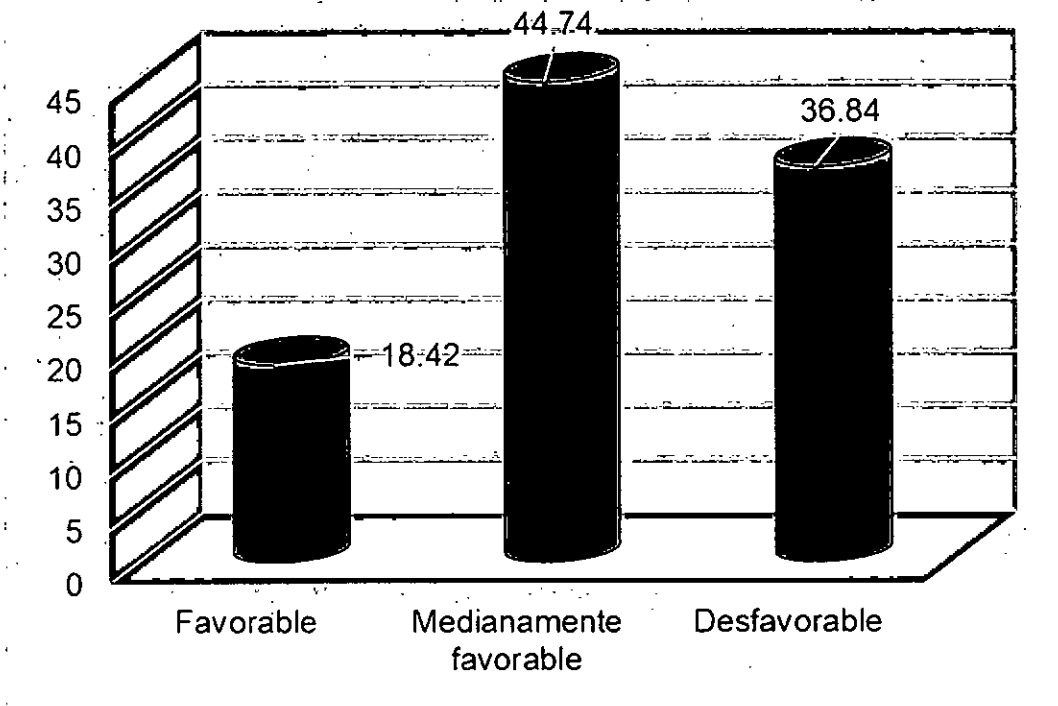
TABLA 5.1. NIVEL DE APOYO FAMILIAR QUE TIENEN LAS PERSONAS AFECTADAS DE TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL MANUEL ÁNGEL HIGA ARAKAKI DE SATIPO 2017

<b>Apoyo familiar</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Favorable	7	18.42
Medianamente favorable	17	44.74
Desfavorable	14	36.84
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia – encuesta aplicada a las personas afectadas de tuberculosis

Se puede observar en la Tabla 5.1. sobre Nivel de apoyo familiar que tienen las personas afectadas de tuberculosis en el Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki de Satipo que, el 44.74% tiene apoyo familiar medianamente favorable, el 36.84% tiene apoyo familiar desfavorable y el 18.42% tiene apoyo familiar favorable.

GRÁFICO 5.1. NIVEL DE APOYO FAMILIAR QUE TIENEN LAS PERSONAS AFECTADAS DE TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL MANUEL ÁNGEL HIGA ARAKAKI DE SATIPO 2017



Fuente: Elaboración propia – encuesta aplicada a las personas afectadas de tuberculosis

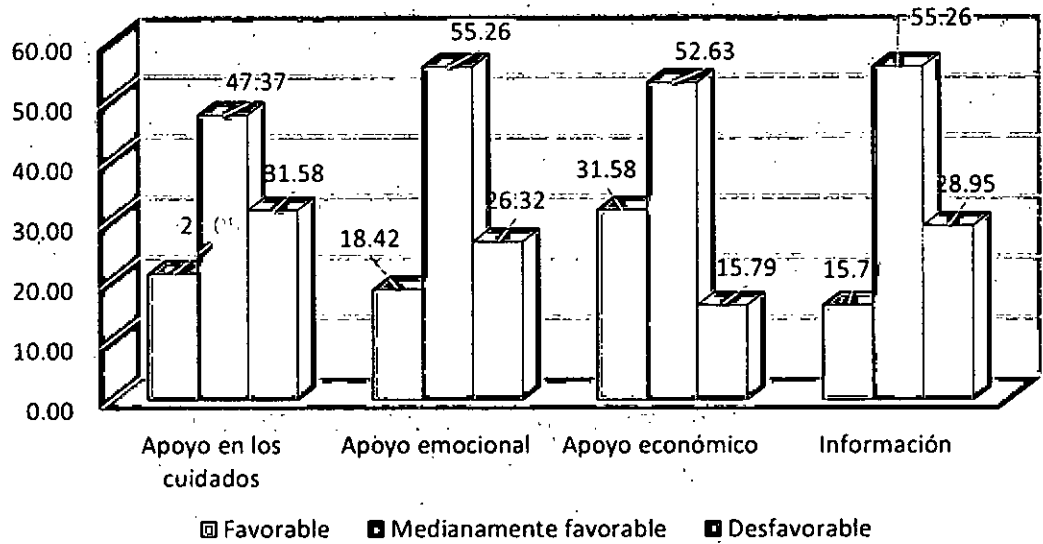
**TABLA 5.2. DIMENSIONES DEL NIVEL DE APOYO FAMILIAR QUE TIENEN LAS PERSONAS AFECTADAS DE TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL MANUEL ÁNGEL HIGA ARAKAKI DE SATIPO 2017**

Dimensión	Favorable		Medianamente favorable		Desfavorable	
	n	%	n	%	n	%
Apoyo en los cuidados	8	21.05	18	47.37	12	31.58
Apoyo emocional	7	18.42	21	55.26	10	26.32
Apoyo económico	12	31.58	20	52.63	6	15.79
Información	6	15.79	21	55.26	11	28.95

Fuente: Elaboración propia – encuesta aplicada a las personas afectadas de tuberculosis

Se puede observar en la Tabla 5.2. sobre Nivel de apoyo familiar que tienen las personas afectadas de tuberculosis en el Hospital Manuel Ángel Higa, que en todas las dimensiones el nivel de apoyo familiar es Medianamente favorable.

GRÁFICO 5.2. DIMENSIONES DEL NIVEL DE APOYO FAMILIAR QUE TIENEN LAS PERSONAS AFECTADAS DE TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL MANUEL ÁNGEL HIGA ARAKAKI DE SATIPO 2017



Fuente: Elaboración propia – encuesta aplicada a las personas afectadas de tuberculosis

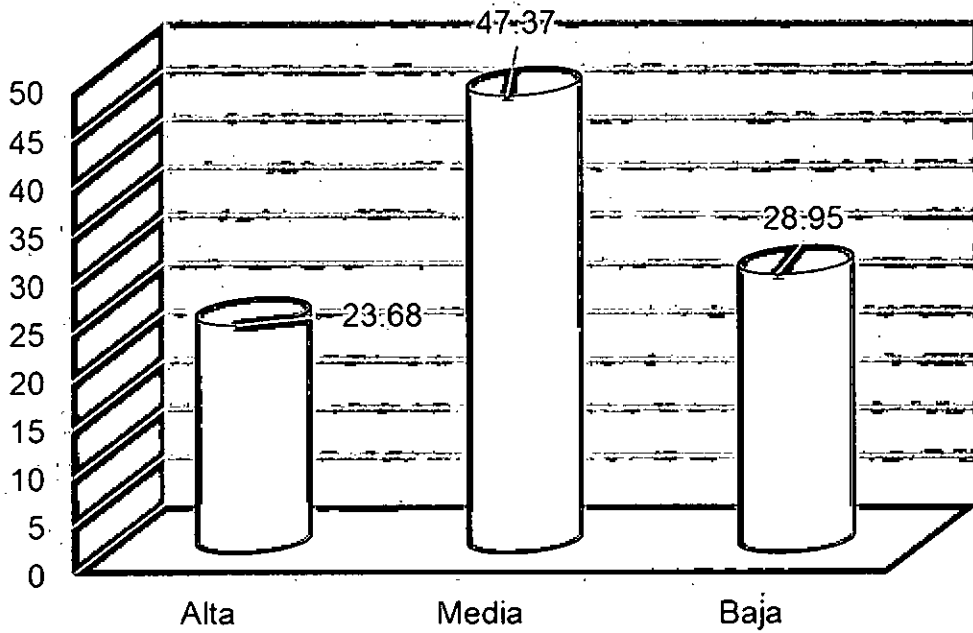
**TABLA 5.3. NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO QUE TIENEN  
LAS PERSONAS AFECTADAS DE TUBERCULOSIS EN EL  
HOSPITAL MANUEL ÁNGEL HIGA ARAKAKI DE  
SATIPO 2017**

<b>Adherencia al tratamiento</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Alta	9	23.68
Media	18	47.37
Baja	11	28.95
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia – encuesta aplicada a las personas afectadas de tuberculosis

Se puede observar en la Tabla 5.3. sobre Nivel de adherencia al tratamiento que tienen las personas afectadas de tuberculosis en el Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki de Satipo que, el 47.37% tiene adherencia media, el 28.95% tiene adherencia baja y el 23.68% tiene adherencia alta.

GRÁFICO 5.3. NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO QUE TIENEN LAS PERSONAS AFECTADAS DE TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL MANUEL ÁNGEL HIGA ARAKAKI DE SATIPO 2017



Fuente: Elaboración propia – encuesta aplicada a las personas afectadas de tuberculosis

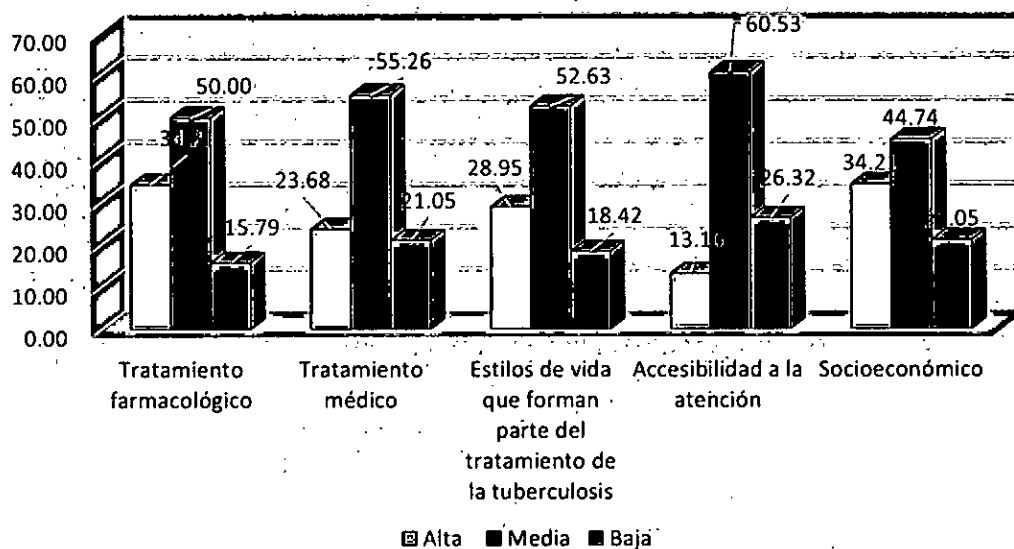
**TABLA 5.4. DIMENSIONES DEL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO QUE TIENEN LAS PERSONAS AFECTADAS DE TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL MANUEL ÁNGEL HIGA ARAKAKI DE SATIPO 2017**

Dimensión	Alta		Media		Baja	
	n	%	n	%	n	%
Tratamiento farmacológico	13	34.21	19	50	6	15.79
Tratamiento médico	9	23.68	21	55.26	8	21.05
Estilos de vida que forman parte del tratamiento de la tuberculosis	11	28.95	20	52.63	7	18.42
Accesibilidad a la atención	5	13.16	23	60.53	10	26.32
Socioeconómico	13	34.21	17	44.74	8	21.05

Fuente: Elaboración propia – encuesta aplicada a las personas afectadas de tuberculosis

Se puede observar en la Tabla 5.4. sobre Dimensiones del nivel de adherencia al tratamiento que tienen las personas afectadas de tuberculosis en el Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki de Satipo que, que en todas las dimensiones el nivel de adherencia al tratamiento de tuberculosis es media.

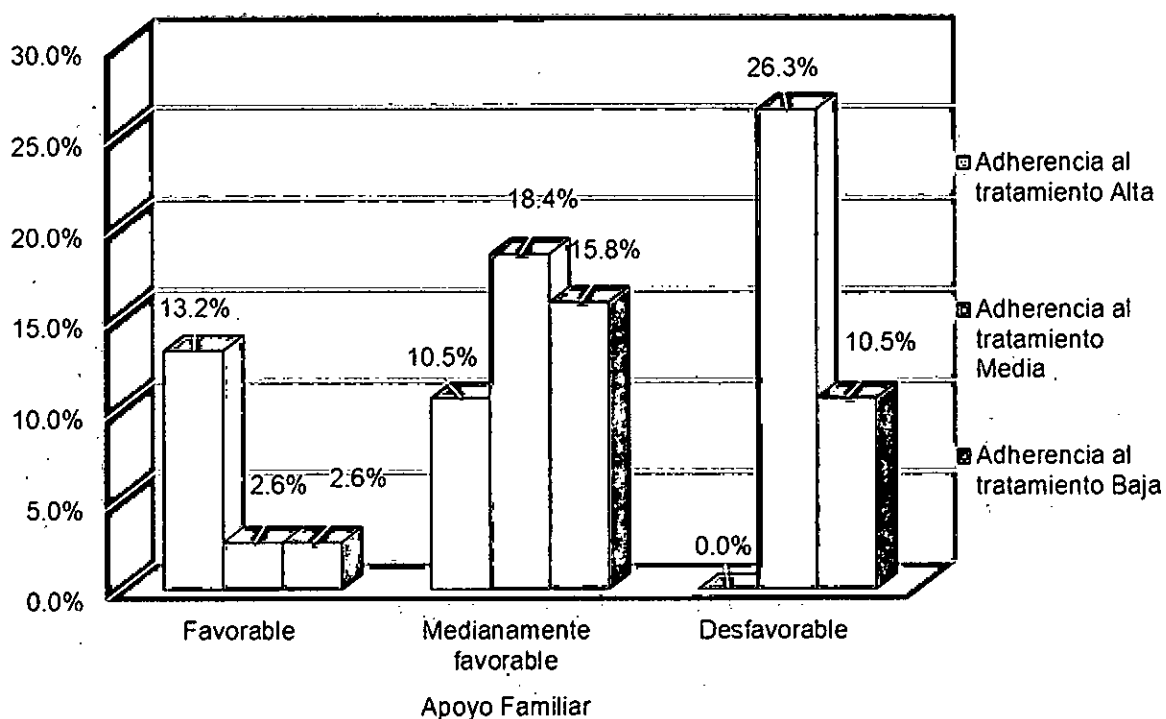
GRÁFICO 5.4: DIMENSIONES DEL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO QUE TIENEN LAS PERSONAS AFECTADAS DE TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL MANUEL ÁNGEL HIGA ARAKAKI DE SATIPO 2017



Fuente: Elaboración propia – encuesta aplicada a las personas afectadas de tuberculosis



GRÁFICO 5.5. NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO SEGÚN APOYO FAMILIAR EN PERSONAS AFECTADAS DE TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL MANUEL ÁNGEL HIGA ARAKAKI DE SATIPO 2017.



Fuente: Elaboración propia – encuesta aplicada a las personas afectadas de tuberculosis

Se puede observar en el gráfico 5.5. respecto al nivel de adherencia al tratamiento según apoyo familiar en personas afectadas de tuberculosis en el Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki de Satipo 2017 que, si la persona afectada de tuberculosis tiene apoyo familiar favorable, tienen en su mayoría adherencia alta, por el contrario, si la persona afectada de tuberculosis tiene apoyo familiar desfavorable, tienen en su mayoría adherencia media y baja.

## CAPÍTULO VI

### DISCUSIÓN DE RESULTADOS

#### 6.1 Contrastación de hipótesis con los resultados.

Se utilizó la prueba de Tau b de kendall por tratarse de variables ordinales.

TABLA 6.1. NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO SEGÚN APOYO FAMILIAR EN PERSONAS AFECTADAS DE TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL MANUEL ÁNGEL HIGA ARAKAKI DE SATIPO 2017.

		Adherencia al tratamiento			Total
		Alta	Media	Baja	
Apoyo Familiar	Favorable	5	1	1	7
		13.16%	2.63%	2.63%	18.42%
	Medianamente favorable	4	7	6	17
		10.53%	18.42%	15.79%	44.74%
	Desfavorable	0	10	4	14
		0.00%	26.32%	10.53%	36.84%
Total		9	18	11	38
		23.7%	47.4%	28.9%	100.0%

	Adherencia al tratamiento	
	Tau b de kendall	P
Apoyo familiar	,52	,000

Fuente: Elaboración propia – encuesta aplicada a las personas afectadas de tuberculosis

**a. Planteamiento de la hipótesis:**

Ho: No existe relación directa moderada entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en personas afectadas de tuberculosis en el Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki de Satipo - 2017.

H<sub>1</sub>: Existe relación directa moderada entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en personas afectadas de tuberculosis en el Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki de Satipo - 2017.

**b. Establecimiento del nivel de significación**

= 0.05

**c. Establecer la prueba estadística**

Tau b de kendall

**d. Valor de Tau b de kendall**

Valor de p = 0,000

**e. Decisión:**

La decisión es rechazar la H<sub>0</sub> debido a que p valor = 0,000 > 0,05.

**f. Conclusión.** Se concluye que existe relación directa moderada entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en personas afectadas de tuberculosis en el Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki de Satipo - 2017.

## **6.2 Contrastación de resultados con otros estudios similares**

Respecto al nivel de apoyo familiar que tienen las personas afectadas de tuberculosis en el Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki de Satipo se encontró que, el 44.74% tiene apoyo familiar medianamente favorable, el 36.84% tiene apoyo familiar desfavorable y el 18.42% tiene apoyo familiar favorable. En cuanto al nivel de adherencia al tratamiento que tienen las personas afectadas de tuberculosis, se encontró que, el 47.37% tiene adherencia media, el 28.95% tiene adherencia baja y el 23.68% tiene adherencia alta. Finalmente se encontró que cuando la persona afectada de tuberculosis tiene apoyo familiar alto, tienen en su mayoría adherencia favorable, por el contrario, si la persona afectada de tuberculosis tiene apoyo familiar bajo, tienen en su mayoría adherencia desfavorable.

Dichos resultados son similares a los encontrados por Dueñas M. y Cardona D., quien manifiesta que, la falta de apoyo familiar, el abandono del trabajo, el impacto económico y la insatisfacción con la oportunidad de la atención en la institución de salud, fueron factores importantes a la hora de incumplir el tratamiento. Así mismo, es similares a los resultados encontrados por Martínez-Hernández Y. Guzmán-López F. Flores-Pulido, J. Vázquez-Martínez V., quienes concluyeron que, de los pacientes con abandono al tratamiento, 75% presentaba algún grado de disfunción familiar.

Quevedo L. Sánchez R. Villalba F. Velásquez D. en Lima en el 2015 también concluyen que el soporte familiar y social es un eje importante en la recuperación del paciente, ya que el paciente se siente más confiado y motivado a culminar con su tratamiento para recuperarse pronto y reinsertarse a su vida cotidiana, así mismo, Suarez C. en Lima en el 2014 concluye que existe una relación significativa entre el nivel de adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis y el nivel de participación de la familia.

## **CAPÍTULO VII**

### **CONCLUSIONES**

- a) Existe relación directa moderada entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en personas afectadas de tuberculosis en el Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki de Satipo.
- b) Existe apoyo familiar medianamente favorable en las personas afectadas de tuberculosis en el Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki de Satipo.
- c) Existe adherencia media al tratamiento en personas afectadas de tuberculosis en el Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki de Satipo.

## **CAPÍTULO VIII**

### **RECOMENDACIONES**

- a) Al director del Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki de Satipo, instar al personal de enfermería para la intervención integral de la persona afectada de tuberculosis, incluyendo actividades para la intervención de la familia.
  
- b) Al personal de enfermería, incentivar a los integrantes de la familia para que apoyen a sus familiares afectadas de tuberculosis, y garantizar una buena intervención en las actividades del tratamiento del familiar afectado.
  
- c) A los estudiantes de enfermería, seguir la línea de investigación de apoyo familiar y adherencia al tratamiento, para incrementar el conocimiento en relación al tema para mejorar el tratamiento de la tuberculosis.

## IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Tuberculosis. Online; 2016 [citado 2016 marzo. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>.
2. DUEÑES M. CARDONA D. Factores relacionados con el cumplimiento del tratamiento en pacientes con tuberculosis, Pereira, Colombia, 2012-2013. *Biomédica*. 2013; 36: p. 423-431.
3. DGE. Vigilancia de Tuberculosis. Online; 2016. Citado marzo 2016. Disponible en: [http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=420&Itemid=358](http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=420&Itemid=358).
4. PERÚ 21. Tuberculosis en Perú: Cifra baja, pero seguimos liderando ranking. Online; 2014. Citado marzo 2016. Disponible en: <http://peru21.pe/actualidad/tuberculosis-peru-cifra-baja-seguimos-liderando-ranking-2175444>.
5. QUEVEDO L. SÁNCHEZ R. VILLALBA F. VELÁSQUEZ D. Relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en centros de salud. *Rev enferm Herediana*. 2015; 8(1).
6. CORREO. Mortalidad por TBC aumentó en 20% en la región Junín. Online; 2015. Citado marzo 2016. Disponible en: <http://diariocorreo.pe/ciudad/mortalidad-por-tbc-aumento-en-20-en-la-region-junin-574451/>.
7. MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ Y. GUZMÁN-LÓPEZ F. Flores-Pulido, J. Vázquez-Martínez V. Factores familiares que favorecen el apego al tratamiento en casos de tuberculosis pulmonar. *ATEN FAM*. 2014; 21(2).
8. SUAREZ C. Adherencia al tratamiento y su relación con la participación de la familia en pacientes con tuberculosis en un Centro de Salud. 2014. Tesis de Pregrado. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.



9. AGUILAR M., DELGADO L., SANMIGUEL F. Cuidados de Enfermería a neonato con asfixia perinatal fundamentado en la teoría de Virginia Henderson. [Online].; 2010 [citado 1 marzo 2017]. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/3793/1/Cuidados-de-Enfermeria-a-neonato-con-asfixia-perinatal-fundamentado-en-la-teoria-de-Virginia-Henderson.html>.
10. ORTEGO M, LÓPEZ S, ÁLVAREZ M. La adherencia al tratamiento. Ciencias Psicosociales. Universidad de Catambra. 2011.
11. OMS. Tuberculosis. Online; 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>.
12. RED OTUSCO. Guía de Práctica Clínica de Tuberculosis. Online. Cusco. Disponible en: [www.diresacusco.gob.pe/saludindividual/servicios/Normas/Gu%C3%ADas%20Pr%C3%A1cticas%20Cl%C3%ADnicas/Propuestas%20previas%20de%20GPC/Gu%C3%ADas%20Pr%C3%A1cticas%20Cl%C3%ADnicas%20en%20Neurolog%C3%ADa/guia.TBC.oO.pdf](http://www.diresacusco.gob.pe/saludindividual/servicios/Normas/Gu%C3%ADas%20Pr%C3%A1cticas%20Cl%C3%ADnicas/Propuestas%20previas%20de%20GPC/Gu%C3%ADas%20Pr%C3%A1cticas%20Cl%C3%ADnicas%20en%20Neurolog%C3%ADa/guia.TBC.oO.pdf).
13. MONTAS F. Tuberculosis Pulmonar. Online. Disponible en: [www.monografias.com/trabajos57/tuberculosis-pulmonar/tuberculosis-pulmonar3.shtml](http://www.monografias.com/trabajos57/tuberculosis-pulmonar/tuberculosis-pulmonar3.shtml).
14. MINSA. Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis. 2013.
15. SÁNCHEZ H, REYES C. Metodología y diseño en la investigación científica. 4a ed. Perú: Visión Universitaria; 2006.
16. SUPO J. Seminarios de investigación científica. 2da ed. Perú: Editorial Bioestadístico EIRL; 2014.
17. HERNÁNDEZ R, Fernández C, Baptista S M. Metodología de la investigación. 6ta ed. México: McGraw Hill; 2014. p. 129.

# **ANEXOS**

## Anexo 1: Matriz de Consistencia

### Título de la Investigación:

APOYO FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PERSONAS AFECTADAS DE TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL MANUEL ÁNGEL HIGA ARAKAKI DE SATIPO 2017

Problema de investigación	Objetivos de investigación	Hipótesis	Variables	Metodología
<b>Problema general:</b> ¿Qué relación existe entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en personas afectadas de tuberculosis en el Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki de Satipo - 2017?	<b>Objetivo general:</b> Establecer la relación que existe entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en personas afectadas de tuberculosis en el Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki de Satipo – 2017	<b>Hipótesis general:</b> Existe relación directa moderada entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en personas afectadas de tuberculosis en el Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki de Satipo – 2017	<b>Variable 1:</b> <b>Apoyo familiar</b> <b>Dimensiones:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo en los cuidados</li> <li>• Apoyo emocional</li> <li>• Apoyo económico</li> <li>• Información</li> </ul>	<b>Tipo de investigación:</b> Enfoque cuantitativo Tipo básica No experimental Nivel relacional
<b>Problemas específicos:</b> ¿Cuál es el nivel de apoyo familiar que tienen las personas afectadas de tuberculosis?	<b>Objetivos específicos:</b> Determinar el nivel de apoyo familiar que tienen las personas afectadas de tuberculosis.	<b>Hipótesis específicas:</b> Existe desfavorable apoyo familiar que tienen las personas afectadas de tuberculosis.	<b>Variable 2:</b> <b>Adherencia al tratamiento</b>  <b>Dimensiones:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento farmacológico</li> <li>• Tratamiento médico</li> <li>• Estilo de vida</li> <li>• Accesibilidad a la atención</li> <li>• Socioeconómica</li> </ul>	<b>Diseño de investigación:</b> Correlacional
¿Cómo es la adherencia al tratamiento en personas afectadas de tuberculosis?	Identificar el nivel de adherencia al tratamiento en personas afectadas de tuberculosis.	Existe baja adherencia al tratamiento en personas afectadas de tuberculosis.		<b>Población y muestra:</b> N = 50  <b>Técnicas e Instrumentos de recolección de datos:</b>  Técnicas: Encuesta Instrumento: Cuestionario

## Anexo 2: Instrumento de recolección de datos

### CUESTIONARIO

#### PARA EVALUAR EL APOYO FAMILIAR Y NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PERSONAS AFECTADAS DE TUBERCULOSIS

#### INTRODUCCIÓN

Buenos días, somos estudiantes de la especialidad en Enfermería en Salud Familiar y Comunitaria, de la Universidad Nacional del Callao, el siguiente cuestionario forma parte de un proyecto de investigación, cuyos resultados obtenidos serán utilizados para determinar la relación entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento de personas afectadas de tuberculosis, en este Hospital, por lo que solicito su participación contestando cada pregunta de manera objetiva y veraz, este cuestionario es totalmente anónimo y desde ya agradezco su gentil colaboración.

#### I. DATOS GENERALES

1. Edad: .....
2. Sexo:
  - a. Masculino ( ) b. Femenino ( )
3. Grado de Instrucción:
  - a. Primaria ( ) b. Secundaria ( ) c. Superior ( ) d. Sin estudios
  - i. Completa ( ) ii. Incompleta ( )
4. Ocupación: .....
5. Estado Civil:
  - a. Soltero ( ) b. Casado ( ) c. Conviviente ( ) d. Divorciado ( ) e. Viudo( )

#### Instrucciones:

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

## II. NIVEL DE APOYO FAMILIAR

N°	Ítem	Siempre (3)	Casi siempre (2)	Casi Nunca (1)	Nunca (0)
1	¿Su familia lo apoya en mejorar la ventilación de la vivienda?				
2	¿Su familia lo apoya en la eliminación de desechos en la vivienda?				
3	¿Su familia lo apoya en mejorar la iluminación de la vivienda?				
4	¿Su familia lo apoyó en su aislamiento al inicio del tratamiento?				
5	¿Su familia lo acompaña a recibir su tratamiento farmacológico?				
6	¿Su familia lo acompaña a su control médico?				
7	¿Recibe muestras de afecto, cariño por parte de sus familiares (Papá, mamá y hermanos)?				
8	¿Recibe elogios de sus familiares por el cumplimiento de su tratamiento?				
9	Si dejo de trabajar: ¿recibe apoyo económico por parte de su familia para su alimentación?				
10	Si dejo de trabajar: ¿recibe apoyo económico por parte de su familia para los gastos de la enfermedad?				
11	Si dejo de trabajar: ¿recibe apoyo económico por parte de su familia para sus pasajes?				
12	¿Su familia le brinda información que a usted le interesa para el cuidado de su salud?				
13	¿Su familia busca información que a usted le interesa para el cuidado de su salud?				
14	¿Toda su familia fue el examen médico para descartar la tuberculosis?				
15	¿Toda su familia se realizó los exámenes que indicó el médico?				

### III. NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Nº	Ítem	Siempre (3)	Casi siempre (2)	Casi Nunca (1)	Nunca (0)
1	¿Se ha olvidado alguna vez tomar su medicamento?				
2	¿Cuándo acude al hospital recibe su tratamiento completo?				
3	¿Asiste de forma continua a sus controles con el medico?				
4	¿Asiste al examen de laboratorio cuando le indiquen?				
5	¿Se realiza regularmente su control de esputo?				
6	¿Asiste a la rayos X cuando le indiquen?				
7	¿Si alguna vez el medicamento le cae mal deja de tomarlas?				
8	¿Toma los medicamentos a la hora indicada?				
9	¿Cuándo toma los medicamentos usted desecha las envolturas y otros residuos como le indicaron?				
10	¿Usted se realiza la higiene personal regularmente?				
11	¿Usted se alimenta regularmente a un horario similar todos los días?				
12	¿Usted consume alcohol, o alguna droga, coca u otra sustancia tóxica?				
13	¿Cuándo acude al centro de salud recibe recomendaciones claras y oportunas dadas por el personal de salud en cuanto a su tratamiento?				
14	¿Cuándo acude a tomar sus medicamentos siempre encuentra las pastillas?				
15	¿Toma los medicamentos a la hora indicada?				
16	¿Usted ha presentado alguna dificultad para llegar al centro de salud para poder acceder a los medicamentos para su tratamiento?				
17	¿Usted ha presentado alguna dificultad económica para poder acceder a los medicamentos para su tratamiento?				

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

### Anexo 3: Datos generales de las personas afectadas de tuberculosis

Tabla Edad de las personas afectadas de tuberculosis en el Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki de Satipo 2017.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Menores de 20 años	6	15.79
De 20 a 30 años	12	31.58
De 30 a 40 años	14	36.84
Mayor de 40 años	6	15.79
Total	38	100

Fuente: Elaboración propia – cuestionario aplicado a las personas afectadas de tuberculosis.

Se puede observar en la tabla sobre la edad de las personas afectadas de tuberculosis en el Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki de Satipo que, el 36,84% tiene entre 30 y 40 años, el 31,58% tiene entre 20 y 30 años, y el 15,79% tienen menos de 20 años, así como 15,79% tiene más de 40 años.

Gráfico Edad de las personas afectadas de tuberculosis en el Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki de Satipo 2017.

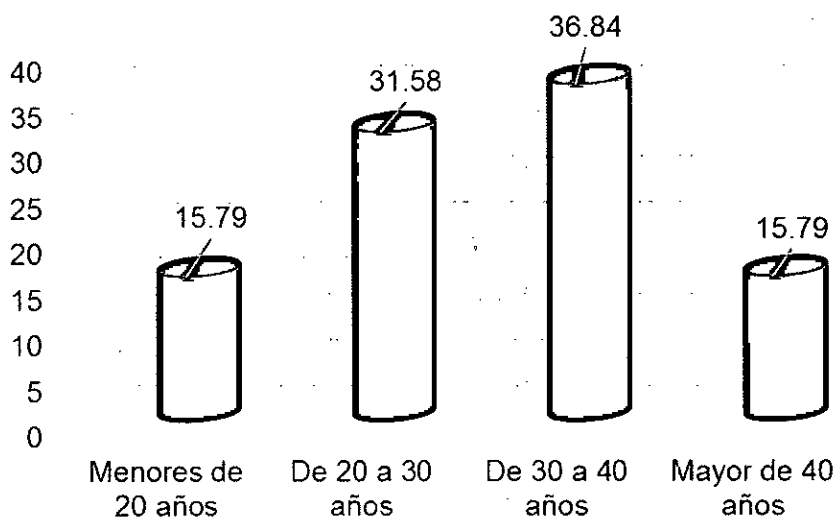


Tabla Sexo de las personas afectadas de tuberculosis en el Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki de Satipo 2017.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	21	55.26
Femenino	17	44.74
Total	38	100

Fuente: Elaboración propia – cuestionario aplicado a las personas afectadas de tuberculosis.

Se puede observar en la Tabla sobre el sexo de las personas afectadas de tuberculosis en el Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki de Satipo que, el 55.26% pertenece al sexo masculino, y el 44,74% pertenece al sexo femenino.

Gráfico Sexo de las personas afectadas de tuberculosis en el Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki de Satipo 2017.

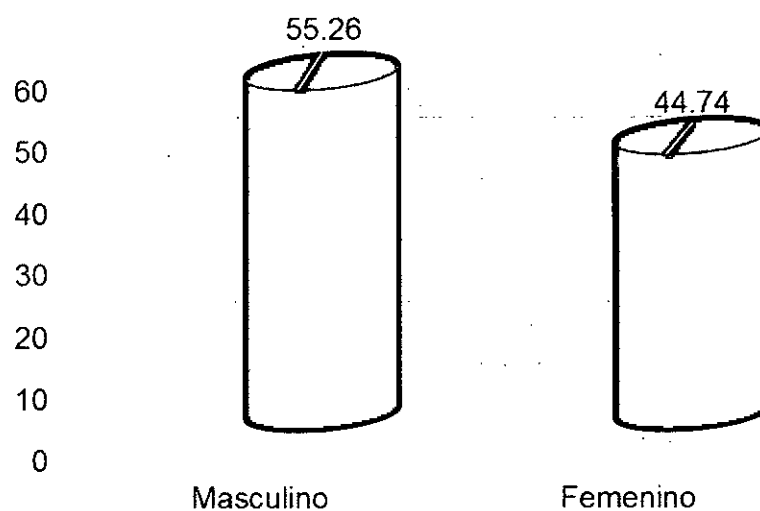




Tabla Grado de Instrucción de las personas afectadas de tuberculosis en el Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki de Satipo 2017.

Grado de Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	14	36.84
Secundaria	19	50
Superior	5	13.16
Total	38	100

Fuente: Elaboración propia – cuestionario aplicado a las personas afectadas de tuberculosis.

Se puede observar en la Tabla sobre el grado de instrucción de las personas afectadas de tuberculosis en el Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki de Satipo 2017 que, el 50% tiene grado de instrucción secundaria, el 36.84% tiene grado de instrucción primaria, y el 13.16% tiene grado de instrucción superior.

Gráfico Grado de Instrucción de las personas afectadas de tuberculosis en el Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki de Satipo 2017.

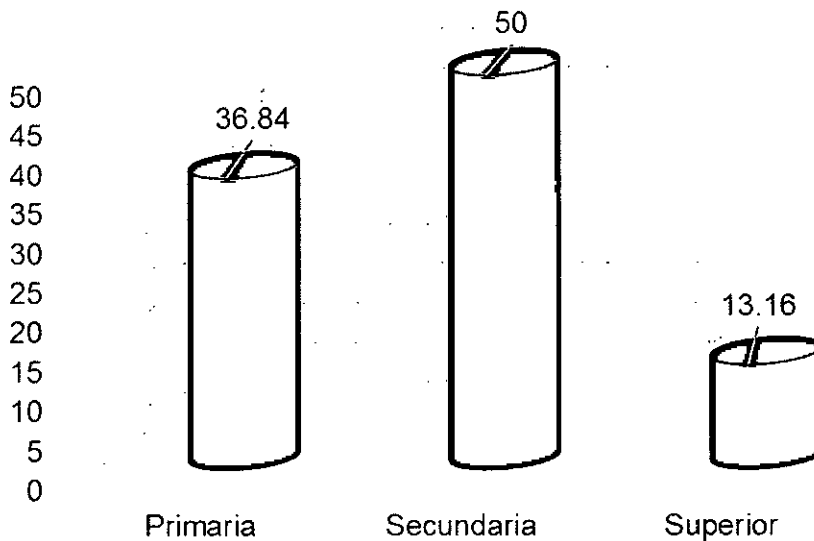


Tabla Estado civil de las personas afectadas de tuberculosis en el Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki de Satipó 2017.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	8	21.05
Casado	16	42.11
Conviviente	13	34.21
Otro	1	2.63
Total	38	100

Fuente: Elaboración propia – cuestionario aplicado a las personas afectadas de tuberculosis.

Se puede observar en la Tabla sobre el estado civil de las personas afectadas de tuberculosis en el Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki de Satipó 2017 que, el 42.11% es casado, el 34.11% es conviene, y el 21.05%.

Gráfico Estado civil de las personas afectadas de tuberculosis en el Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki de Satipó 2017.

