



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA  
IV CICLO DE TESIS 2017**

**INFORME FAVORABLE N°08-JE-IV-CT-2017**

**SUSTENTACION DE TESIS**

**TESIS TITULADA:**

**“FACTORES FAMILIARES Y SU RELACION CON EL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES MULTIDROGO RESISTENTES EN LA MICRO RED, LOS OLIVOS 2017”**

En la Facultad de Ciencias de la Salud, siendo las 20:00. horas del VIERNES 19 mayo del 2017 y luego de participar en la sustentación de la tesis presentado por los(as) bachilleres: HUAMAN JIMENEZ Magaly Mayra, MORI MAMANI Jessica., para optar el Título Profesional de Licenciado (a) en Enfermería, los miembros del Jurado Evaluador del IV Ciclo de Tesis 2017, por unanimidad no encuentran observación alguna, dándose la respectiva conformidad a fin de que continúe con el trámite que corresponde.

.....  
**DRA. ANGÉLICA DIAZ TINOCO**

*Presidente*

.....  
**DRA. ZOILA ROSA DIAZ TAVERA**

*Secretaria*

.....  
**DR. HERNÁN OSCAR CORTÉZ GUTIERREZ**

*Vocal*

Art. 48° del Reglamento de Grados y Títulos - UNAC "..... Cada participante, en coordinación con su asesor, realiza las correcciones o levanta las observaciones (si las hubiera) formuladas por el jurado evaluador y en un plazo no mayor a los quince (15) días calendarios presenta la tesis final para su revisión por los miembros del jurado, quienes en no más de siete (07) días calendarios emiten su dictamen colegiado. No se presentarán observaciones complementarias o adicionales a las planteadas inicialmente en el dictamen. Con ello, el bachiller queda expedito para realizar el empastado del trabajo y puede continuar con los trámites para su titulación.

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**“FACTORES FAMILIARES Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL  
DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO  
EN PACIENTES MULTIDROGORESISTENTE EN LA  
MICRORED, LOS OLIVOS 2017”**

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

**HUAMÁN JIMENEZ MAGALY MAYRA  
MORI MAMANI JESSICA**

**Callao, Mayo, 2017**

**PERÚ**

## HOJA DE REFERENCIA

### MIEMBROS DEL JURADO

Dra. Angélica Díaz Tinoco	Presidenta
Dra. Zoila Rosa Diaz Tavera	Secretaria
Dr. Hernán Oscar Cortez Gutiérrez	Vocal

### ASESORA

Dra. Nancy Susana Chalco Castillo

NUMERO DE LIBRO	: 001
NUMERO DE ACTA	: 008
FECHA DE APROBACION DE TESIS	: 19 DE MAYO DEL 2017
RESOLUCION DE SUSTENTACION	: 642-2017-CF/FCS

## DEDICATORIA

A Dios quien nos brindó fortaleza para cumplir nuestras metas, a nuestros padres quienes nos han apoyado incondicionalmente y habernos brindado los recursos necesarios para cumplir nuestros objetivos ya sea como personas o profesionales y haber sido nuestra mano derecha durante todo este tiempo, de forma desinteresada.

## AGRADECIMIENTO

A Dios por habernos acompañado y guiado a lo largo de nuestra carrera, por ser nuestra fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarnos una vida llena de aprendizajes y sobre todo de felicidad. Nos gustaría que estas líneas sirvieran para expresar nuestro más profundo y sincero agradecimiento a todas aquellas personas que con su ayuda han colaborado en la realización de la presente investigación, en especial a la Dra. Nancy Susana Chalco Castillo asesora de nuestra investigación, por la orientación, el seguimiento y la supervisión continúa de la misma, pero sobre todo por la motivación y el apoyo recibido a lo largo de este tiempo.

A la Dra. Lindomira Castro Llaja, por su colaboración y valiosos aportes realizados durante las innumerables sesiones en las cuales nos ha orientado, también por su siempre atenta y rápida respuesta a las diferentes inquietudes surgidas durante el desarrollo de este trabajo.

A nuestros expertos; Dra. Ana María Yamunaqué, Dra. Lindomira Castro Llaja, Lic. Judith Jimenez Guevarra, Lic. Raquel Ruiz Mesia, Lic. Celia Verisa Garay Salazar y a la Lic. Selena Torres Soto, por habernos apoyado y brindado la confianza, dedicación de tiempo, ya que la participación de estas personas ha facilitado que esta investigación culmine satisfactoriamente.

Les agradecemos también a todos aquellos docentes quienes nos motivaron a la realización de la investigación desde pregrado.

## ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

ÍNDICE.....	01
TABLAS DE CONTENIDO.....	04
RESUMEN.....	06
ABSTRACT.....	07

### I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Identificación del problema.....	08
1.2. Formulación del problema .....	11
1.3. Objetivos de la investigación.....	11
1.4. Justificación.....	12
1.5. Importancia.....	14

### II. MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes del estudio .....	15
2.2. Bases epistémicas.....	18
2.3. Bases científicas.....	21
2.4. Bases culturales .....	25
2.5. Marco conceptual .....	26

2.6. Definiciones de términos.....	63
<b>III. VARIABLES E HIPOTESIS</b>	
3.1. Variables de la investigación.....	64
3.2. Operacionalización de variables.....	66
3.3. Hipótesis.....	68
<b>IV. METODOLOGIA</b>	
4.1. Tipo de investigación.....	69
4.2. Diseño de la investigación.....	69
4.3. Población y muestra.....	70
4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	71
4.5. Procedimientos de recolección de datos.....	73
4.6. Procesamiento estadístico y análisis de datos.....	73
<b>V. RESULTADOS.....</b>	<b>74</b>
<b>VI. DISCUSION DE RESULTADOS</b>	
6.1. Contrastación de hipótesis con los resultados.....	80
6.2. Contrastación de resultados con otros estudios similares.....	81
<b>VII. CONCLUSIONES.....</b>	<b>83</b>

VIII. RECOMENDACIONES.....	84
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	85
X. ANEXOS.....	89
- Matriz de consistencia	
- Cuestionario	
- Check list	
- Consentimiento informado	
- Juicio de expertos	
- Tabla de matriz	
- Tablas complementarias	



## TABLAS DE CONTENIDO

### TABLA 5.1

Relación entre factores familiares y el nivel de adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes con tuberculosis multidrogoresistente en la Microred Los Olivos 2017.....	71
---	----

### TABLA 5.2

Identificación de factores familiares según dimensión protección en pacientes con tuberculosis multidrogoresistente en la Microred Los Olivos 2017.....	72
---	----

### TABLA 5.3

Identificación de factores familiares según dimensión riesgo en pacientes con tuberculosis multidrogoresistente en la Microred Los Olivos 2017.....	73
---	----

### TABLA 5.4

Identificación del nivel de adherencia según dimensión tratamiento farmacológico en pacientes con tuberculosis multidrogoresistente en la Microred Los Olivos 2017.....	74
---	----

**TABLA 5.5**

Identificación del nivel de adherencia según la dimensión seguimiento de los pacientes al tratamiento de tuberculosis multidrogoresistente en la Microred Los Olivos 2017.....75

**TABLA 5.6**

Identificación del nivel de adherencia según la dimensión conductas de salud de los pacientes con tuberculosis multidrogoresistente en la Microred Los Olivos 2017.....76

## RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo relacionar los factores familiares y la adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes con tuberculosis multidrogoresistente. Se realizó un estudio de tipo descriptivo de enfoque cuantitativo, correlacional, no experimental y transversal. El tamaño de la muestra fue censal, no aleatorio, conformada por un total de 24 pacientes con tuberculosis multidrogoresistente. Se aplicó un cuestionario que comprende 21 ítems dividido en 4 partes: datos generales, factores de protección, factores de riesgo, tratamiento farmacológico, conductas de salud y un check list que consto. Se encontraron los siguientes resultados que del total de pacientes, el 54% de pacientes que presentaron alto nivel de adherencia, el 41% presentaron altos factores familiares y que del 46% que presentaron bajo nivel de adherencia, el 33% presentaron bajos factores familiares. Para analizar la relación de variables cualitativas de la investigación se utilizó la técnica estadística CHI cuadrado de Pearson. En donde  $p = 0.021$ , concluyéndose que existe una relación significativa entre los factores familiares y la adherencia al tratamiento antituberculoso multidrogoresistente.

Palabras clave: tuberculosis multidrogoresistente, adherencia, factores de familiares.

## **ABSTRACT**

The research aimed to relate family factors and adherence to antituberculosis treatment in patients with multidrug-resistant tuberculosis. A descriptive, quantitative, correlational, non - experimental and cross - sectional study was conducted. The sample size was census, non-random, made up of a total of 24 patients with multidrug-resistant tuberculosis. A questionnaire was applied comprising 21 items divided into 4 parts: general data, protection factors, risk factors, pharmacological treatment, health behaviors and a check list that I include. The following results were found: 54% of patients with a high level of adherence, 41% had high familial factors and 46% had low adherence, 33% had low family factors. Pearson's CHI statistical technique was used to analyze the relation of qualitative variables of the research. Where  $p = 0.021$ , concluding that there is a significant relationship between family factors and adherence to multidrug-resistant tuberculosis treatment.

**Key words:** multidrug - resistant tuberculosis, adherence, family factors.

## **I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1. Identificación del problema**

Según la organización mundial de la salud, la tuberculosis es una de las 10 principales causas de mortalidad en el mundo. La tercera parte de la población mundial tiene tuberculosis latente. En 2015, 10,4 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,8 millones murieron por esta enfermedad (entre ellos, 0,4 millones de personas con VIH). Más del 95% de las muertes por tuberculosis se producen en países de ingresos bajos y medianos. Seis países acaparan el 60% de la mortalidad total; encabeza esta triste lista la India, seguida de Indonesia, China, Nigeria, el Pakistán y Sudáfrica. Se estima que en 2015 enfermaron de tuberculosis un millón de niños y que 170 000 niños murieron debido a esta causa (sin incluir los niños con VIH). La tuberculosis es una de las causas principales de defunción en las personas VIH-positivas: en 2015, el 35% de las muertes asociadas al VIH se debieron a la tuberculosis. Se estima que en el 2015, unas 480 000 personas desarrollaron tuberculosis multidrogoresistente a nivel mundial. (1) Según el informe de la situación de la tuberculosis en las américas, en el 2015 los países con mayor cantidad de casos de tuberculosis para el 2014 fueron Brasil, Perú, México, Haití. A nivel de américa 277 200 personas enfermaron de tuberculosis, 23 000 murieron por tuberculosis, 36 000

personas con VIH desarrollaron tuberculosis, 6 800 personas enfermaron con TB-MDR.

En el 2014 en las américas, los casos estimados y notificados de Tuberculosis multidrogorresistente (TB-MDR) y extensamente resistente (TB-XDR): El 2.4% de los casos nuevos de TB y el 11% de los casos previamente tratados, tienen TB-MDR también , se estimaron 7.000 (4.700-9.300) casos nuevos con TB-MDR, entre todos los casos notificados con TB, se diagnosticaron 3.765 casos con TB-MDR, 54.8% del estimado, persiste una brecha de más de 2.000 casos sin diagnosticar y 8 países notificaron en total 117 casos de TB-XDR. Solo el 3.589 casos con TB-R/MDR iniciaron tratamiento con medicamentos de segunda línea (95% de los diagnosticados), el 57.3% de los casos que iniciaron tratamiento en el año 2012 terminaron con éxito, sin embargo 25% se perdieron en el seguimiento, 8% fallecen, 5 % no son evaluados y 5% fracasan. (2)

A nivel nacional en el 2013, se reportó 31 052 casos de TB en todas sus formas. Lima y el Callao son las regiones más afectadas por la TB. Concentran el 57% de todos los afectados de TB sensible, el 83% de TB Multidrogo Resistente (TB MDR) y 90% de Tuberculosis Extremadamente Resistente (TB XDR). - La tasa de morbilidad del país es de 101.9 (por cada 100 000 habitantes), alta para la región, y además con un control adecuado en los últimos 20 años deberíamos situarnos con una tasa de 28.0. (3)

El 86 % de todos los casos de TB en Lima Metropolitana se notifican en 18 de sus 43 distritos, los cuales tienen como características: tasa de morbilidad por encima del promedio nacional y alto porcentaje de hacinamiento. El 83 % de los distritos de este grupo reportan casos de TB MDR por encima del promedio de Lima Metropolitana y especialmente están ubicados en 13 distritos: San Juan de Lurigancho, San Martín de Porres, la Victoria, Ate, Lima Cercado, San Juan de Miraflores, Comas, El Agustino, Santa Anita, Villa María del Triunfo, Villa El Salvador, Independencia y Los Olivos. (4)

La presente investigación se realizó en la micro red Los Olivos, el cual constan de 11 centros de salud y alberga en su totalidad a 30 pacientes que reciben tratamiento para tuberculosis multidrogaresistente, que han sido censados en cada uno de sus centros que corresponden a la jurisdicción, siendo una de las características más frecuentes, la resistencia al tratamiento llevando a ello a un cambio de esquema, los cuales pueden ser a esquema empírico, individualizado o estandarizado. También se observó que no existe un buen monitoreo y seguimiento a este tipo de pacientes, como es el seguimiento a las pruebas de sensibilidad para diagnóstico temprano, identificación de reacciones adversas, y la falta de apoyo de la familia en el proceso de la enfermedad, todo ello contribuyendo al abandono del tratamiento.

## **1.1 Formulación del problema**

### **1.1.1 Problema general:**

¿Qué relación existe entre los factores familiares y el nivel de adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes multidrogoresistente en la Microred los olivos, 2017?

### **1.2.2 Problemas específicos:**

- ¿Cuáles son los factores familiares de protección en los pacientes multidrogoresistente en la Microred los olivos, 2017?
- ¿Cuáles son los factores familiares de riesgo en los pacientes multidrogoresistente en la Microred los olivos, 2017?
- ¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes multidrogoresistente en la Microred los olivos, 2017?

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

### **1.3.1 Objetivo general:**

Relacionar los factores familiares y el nivel de adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes multidrogoresistente en la Microred los olivos

### **1.3.2 Objetivos específicos:**

- Identificar los factores familiares de protección en pacientes multidrogoresistente en la Microred los olivos.



- Identificar los factores familiares de riesgo en pacientes multidrogoresistente en la Microred los olivos.
- Identificar el nivel de adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes multidrogoresistente en la Microred los olivos.

#### **1.4 Justificación:**

La Tuberculosis es considerada como un problema de Salud Pública a Nivel Mundial, Nacional y Regional. El cual a nivel local es tratado por la Dirección Regional de Salud Lima-Norte a través de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis emitida por el Ministerio de Salud del Perú con su última resolución del 2013. El presente trabajo de investigación se realizó porque pretende aportar identificando cual es la relación entre los factores familiares y el nivel de adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes multidrogoresistente, el cual lleva un desafío de generar compromisos de corresponsabilidad en la lucha contra la tuberculosis no solo de la persona afectada sino también de su entorno.

Dentro del marco legal, el estudio de investigación es relevante porque analiza un problema de salud pública, en el cual el enfermero cumple un rol protagónico dentro de la Estrategia Sanitaria Control de la Tuberculosis basada en la norma técnica en la resolución ministerial N°526-2011 MINSA

que aprueba las normas para la elaboración de documentos normativos del MINSA, para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis. El estudio se realizó para identificar los factores familiares de protección que favorecen la adherencia al tratamiento y que factores familiares de riesgo, limitan o no favorecen la adherencia al tratamiento antituberculoso en paciente con tuberculosis multidrogoresistente, y de esta forma la investigación beneficiará tanto al paciente, familia y comunidad, dando a conocer los efectos que producen los factores familiares en la adherencia al tratamiento de los pacientes y así lograr sensibilizar y concientizar a la población en general, con relación a la Tuberculosis multidrogoresistente y la importancia de la familia durante el proceso salud-enfermedad.

### **1.5. Importancia**

La presente investigación, tiene como propósito dar a conocer los factores familiares que intervienen en la adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes que reciben tratamiento multidrogoresistente, debido a que La resistencia a los fármacos antituberculosos, es un problema emergente que ha complicado de cierta manera el control de la enfermedad, en nuestro país y por ello se ha observado un incremento de casos de TB multidrogoresistente y de TB extensamente resistente.

Como profesionales de salud, además de la supervisión de la ingesta de medicamentos, brindamos una atención integral dirigida al paciente, familia y

comunidad durante todo el proceso de la enfermedad, y por ello consideramos importante, que la familia participe de forma activa y responsable en el proceso, ya que la familia es uno de los elementos que contribuye a la formación de actitudes y comportamientos de una persona a un proceso patológico, como la aceptación de la enfermedad tanto en el paciente como en la familia, así como otros. Por ello es importante conocer que factores familiares intervienen en la adherencia al tratamiento. Ya que la adherencia es considerada como el principal objetivo para el control de la tuberculosis, contribuyendo así a la eficacia de los programas nacionales al reducir el riesgo de transmisión del mycobacterium tuberculosis y la probabilidad de resistencia bacteriana a los antibióticos, que puede predisponer a una mayor frecuencia de recaídas y fracasos.

## II. MARCO TEORICO

### 2.1 Antecedentes del estudio

- GONZÁLEZ ESTÉVEZ Edwin Javier (Ecuador-2012). En su estudio de tipo descriptivo, titulado: **"Factores asociados y adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes detectados en la unidades operativas del área de salud n° 1 de la ciudad de Tulcán –Ecuador"** cuyo objetivo fue identificar los factores asociados y su adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes detectados en la unidades operativas del área de salud. se concluyó que 39% de pacientes tuvo una reacción negativa ante el diagnóstico de su enfermedad, lo que significa que los pacientes sienten negación ante su padecimiento de salud, y en relación a los factores familiares el 39% de los pacientes recibió alto apoyo familiar, 61% recibió bajo apoyo familiar. (7)
- MURCIA MONTAÑO, Luz Mila (Colombia-2014). En su estudio de tipo descriptivo, titulado: **"Evaluación de la adherencia al tratamiento para Tuberculosis en el Departamento del Amazonas- Colombia 2014"**, se obtuvo como resultado con referente al sexo, que del total de pacientes, se registra un mayor porcentaje en el sexo masculino siendo un 55% de sexo masculino y un 45% sexo femenino, y en referente a la condición económica el 76% presento baja y solo el 24% condición económica alta. (8)

- SUÁREZ PONCE, Catherine Yesela (Perú- 2015). En su estudio de tipo descriptivo, titulado: **“Adherencia al tratamiento y su relación con la participación de la familia en pacientes con tuberculosis en un centro de salud, Lima-Perú 2014”**.Cuyo objetivo fue 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. Los resultados del estudio fueron: 46% de la población presenta un nivel medio de adherencia y 54% presenta un nivel medianamente favorable de participación de la familia. Concluyeron que existe una relación significativa entre el nivel de adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis y el nivel de participación de la familia. (9)

- DEL PILAR QUEVEDO CRUZ, Luz Nancy, SÁNCHEZ REQUÍN, Ruth Liliana, VILLALBA PORRAS, Fiorella Katherine, VELÁSQUEZ CARRANZA, Doris (Lima-2015). En su estudio de tipo descriptivo, titulado: **“Relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en centros de salud, Lima-Perú**. Como resultado se obtuvo que un 81.8% de los pacientes que recibieron un nivel alto de soporte familiar, también presentaron un alto nivel de cumplimiento del tratamiento; mientras que un 36,4% de los pacientes que tienen bajo nivel de soporte familiar presentaron bajo cumplimiento; se observa también que un 42,3% de los pacientes encuestados presentan un nivel de soporte familiar y social alto; mientras que un 21,2% presentan bajo

nivel de soporte familiar y social. Concluyendo que cuando el paciente percibe el apoyo, ayuda y preocupación de la familia, se sentirá más confiado y motivado a culminar con el tratamiento. (10)

- **ARRIOLA HUERTA, Patricia, CASTILLO CAHUANA, Tani, QUISPE FABIÁN, Gladys, TORRES DEZA Clara (Puente Piedra-2008).** En su estudio de tipo descriptivo transversal, titulado: **“factores asociados a la asistencia al tratamiento antituberculoso en pacientes del Programa de Control de Tuberculosis (PCT) en el Hospital de Puente Piedra y en Centro Materno Infantil Zapallal de Puente Piedra - 2008”**, Como resultado se obtuvo que el total de pacientes, el 61% presenta asistencia continua al programa control de tuberculosis, el 53% presentan ingreso económico bajo, y el 44% presenta falta de apoyo familiar. Concluyendo que los factores asociados a la asistencia discontinua con mayor significancia fueron; hacinamiento, tipo de trabajo independiente y eventual, no tener apoyo familiar, y no tener información básica sobre la enfermedad. (11)

## **2.2. Bases epistemológicas:**

La epidemia de tuberculosis en Europa, probablemente iniciada a comienzos del siglo XVII y que continuó durante 200 años, fue conocida como la Gran Plaga Blanca, en 1650 la principal causa de muerte.

También se han encontrado datos sugestivos sobre la tuberculosis en momias egipcias datadas entre los años 3000 y 2400 a. C.

Existen notificaciones de hallazgos similares en otras momias como la de Philoc (otro sacerdote de Amón), o las halladas en el cementerio de Tebas, del primer siglo antes de nuestra era.

Parece bastante probable la hipótesis de que el mismo Amenophis IV y su esposa Nefertiti murieran de esta enfermedad, e incluso se apunta a la existencia de un hospital para tuberculosos en el Egipto del año 1000 a. C.

Las primeras referencias de esta enfermedad en las civilizaciones asiáticas las encontramos en los Vedas. En el más antiguo (el Rig-Veda, 1500 a. C.) a la tuberculosis se la denomina Yaksma. En el Athawa-Veda aparece con otro nombre: Balasa, y aparece por primera vez una descripción escrita de la escrófula (variante de la tuberculosis en la que los ganglios linfáticos cargados del Mycobacterium

En América del Sur, las primeras evidencias de la enfermedad se remontan a la Cultura Paracas, entre los años 750 a. C. y 100 d. C., aunque el hallazgo más notable pertenece a la momia de un niño inca del año 900 d. C., en el que han podido aislarse muestras del bacilo. Varios estudios sobre esqueletos de Sonoma (California), Nazca(Perú) y Chávez Pass (Arizona) confirman la extensión y abundante difusión de la enfermedad por todo el continente.

En 1866 Jean Antoine Villemin demuestra que puede contagiarse la enfermedad, tras inocular material purulento de humanos infectados a

conejos de laboratorio; y poco después, en 1882, se descubre el agente infeccioso que la provoca. En 1895 Wilhelm Röntgen descubre los rayos X, lo que permite diagnosticar y seguir la evolución de la enfermedad, y aunque faltan casi cincuenta años para el hallazgo de un tratamiento farmacológico.

Una de las figuras médicas más importantes de este siglo dedicadas al estudio de la fisiología es René Théophile Hyacinthe Laënnec, que moriría de tuberculosis a los 45 años, contraída en el contexto de sus estudios con pacientes y cadáveres infectados; En París se rebautizó con su nombre al principal Hospital especializado en Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (el antiguo Hospicio de Incurables).

En 1921 Albert Calmette y Camille Guérin producen la vacuna contra la Tuberculosis (BCG), empleando una variante atenuada del *Mycobacterium bovis*. En 1944, en plena Guerra Mundial, Albert Schatz y Selman Waksmandescubren a partir de un pequeño hongo capaz de inhibir el crecimiento del *Mycobacterium* denominado *Streptomyces griseus* la estreptomicina (por lo que este último recibirá el premio Nobel de Medicina)

La aparición de la rifampicina en la década de los sesenta acortó notablemente los tiempos de curación, lo que hizo disminuir el número de casos nuevos de manera importante hasta la década de los ochenta.



Por otra parte el tratamiento actual para la tuberculosis consiste en una combinación de varios antibióticos específicos (isoniacida, rifampicina, pirazinamida, etambutol.) durante un período que no suele ser inferior a seis meses. Esto ha determinado (por motivos culturales, sociales, económicos) que la adherencia y el cumplimiento del tratamiento haya sido incompleto o parcial en muchos casos provocando la aparición de numerosas cepas de *Mycobacterium* resistentes a los antibióticos.

"La Tuberculosis fue declarada en 1993 como una "emergencia sanitaria mundial" debido a su magnitud como problema de salud pública"

En el 2006, los casos de tuberculosis pulmonar notificados fueron 20 533, la tasa de morbilidad fue de 77.4/100 000 habitantes, siendo el grupo etáreo de los adolescentes y adultos jóvenes los mayormente afectados y por tanto su capacidad de producción disminuida, situación alarmante en la economía del país, por lo cual es considerado un problema de salud pública surgiendo así la Estrategia Sanitaria Control de la Tuberculosis como respuesta a esta realidad.

### **2.3. Bases científicas:**

Teoría de modelo de promoción de la salud según Nola Pender (1982), sostiene que la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud;

enfatisando el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr.

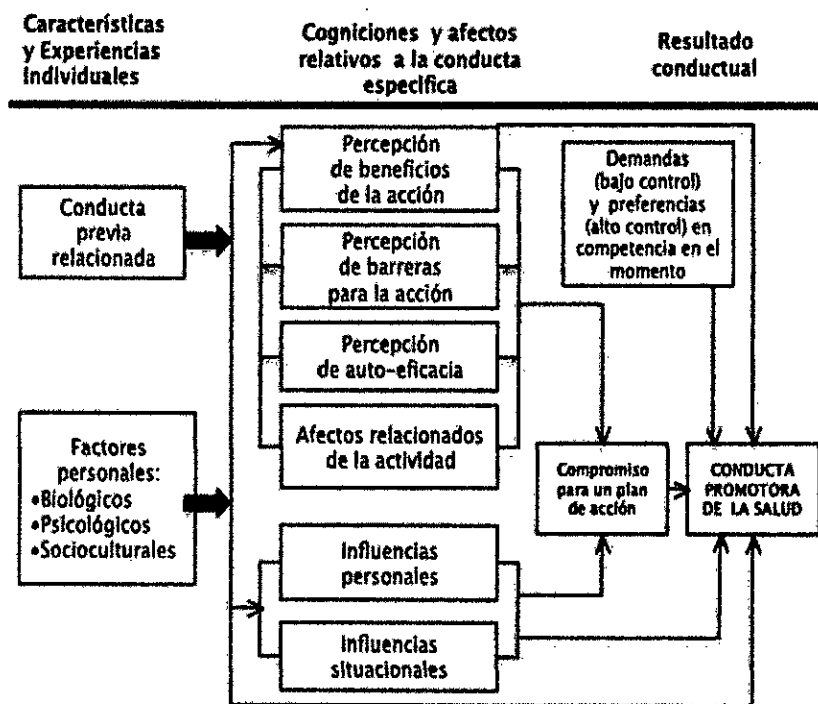
Modelo de promoción de salud, expuso de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud. Tiene el soporte de dos sustentos teóricos:

La teoría de aprendizaje social de Albert Bandura y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather,

El primero, postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual, reconoce que los factores psicológicos influyen en los comportamientos de las personas. Señala cuatro requisitos para que éstas aprendan y modelen su comportamiento: atención (estar expectante ante lo que sucede), retención (recordar lo que uno ha observado), reproducción (habilidad de reproducir la conducta) y motivación (una buena razón para querer adoptar esa conducta). El segundo sustento teórico, afirma que la conducta es racional, considera que el componente motivacional clave para conseguir un logro es la intencionalidad. De acuerdo con esto, cuando hay una intención clara, concreta y definida por conseguir una meta, aumenta la probabilidad de lograr el objetivo. La intencionalidad, entendida como el compromiso personal con la acción, constituye un

componente motivacional decisivo, que se representa en el análisis de los comportamientos voluntarios dirigidos al logro de metas planeadas.

### Esquema 1



Fuente: modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender 1996.

En este esquema se pueden ubicar los componentes por columnas de izquierda a derecha; la primera trata sobre las características y experiencias individuales de las personas y abarca dos conceptos: conducta previa relacionada y los factores personales.

El primer concepto: se refiere a experiencias anteriores que pudieran tener efectos directos e indirectos en la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud.

El segundo concepto: describe los factores personales, categorizados como biológicos, psicológicos y socioculturales, los cuales de acuerdo con este enfoque son predictivos de una cierta conducta, y están marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de las conductas.

los componentes de la segunda columna son los centrales del modelo y se relacionan con los conocimientos y afectos (sentimientos, emociones, creencias) específicos de la conducta, comprende 6 conceptos; el primero corresponde a los beneficios percibidos por la acción, que son los resultados positivos anticipados que se producirán como expresión de la conducta de salud; el segundo se refiere a las barreras percibidas para la acción, alude a las apreciaciones negativas o desventajas de la propia persona que pueden obstaculizar un compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta real.

El tercer concepto :es la auto eficacia percibida, éste constituye uno de los conceptos más importantes en este modelo porque representa la percepción de competencia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta, conforme es mayor aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la conducta.

La eficacia percibida de uno mismo tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica. El cuarto componente es el afecto relacionado con el comportamiento, son las emociones o

reacciones directamente afines con los pensamientos positivos o negativos, favorables o desfavorables hacia una conducta; el quinto concepto habla de las influencias interpersonales, se considera más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de salud cuando los individuos importantes para ellos esperan que se den estos cambios e incluso ofrecen ayuda o apoyo para permitirlos; finalmente, el último concepto de esta columna, indica las influencias situacionales en el entorno, las cuales pueden aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud. (32) Se consideró esta teoría porque nos ayudara como una guía para la observación y exploración de los procesos biopsicosociales de cada individuo, dentro del entorno familiar. Y por otro lado nos ayudará en el entendimiento del proceso salud-enfermedad, así como a apoyar la práctica de enfermería.

#### **2.4. Bases culturales:**

La tuberculosis en la sociedad, es considerada como una prioridad sanitaria nacional, con un enfoque multisectorial e interinstitucional; que permite el abordaje integral y multifactorial, en un contexto de alianzas estratégicas, para el control, reducción y prevención de esta enfermedad, mediante una movilización nacional orientada a acciones de alto impacto y concertada

entre los diferentes actores sociales e instituciones, con un enfoque de costo efectividad de alta rentabilidad económica y social.

El Perú está aplicando una política de Estado que está avanzando bastante, pero sigue siendo el país de las Américas que tiene la carga más alta de casos de TB multidrogoresistente. La razón de esta situación es que el esquema de tratamiento que aplica el Estado todavía no está debidamente reglamentado, es decir que no se hace un tratamiento único y supervisado para todos los casos.

La estrategia existe, pero se debe hacer un tratamiento disciplinado para que las personas que empiezan el proceso lo terminen y se acabe así con la cadena de transmisión de la enfermedad. Esto no se puede hacer de un día para el otro, puesto que es un arrastre de muchos años.

## **2.5. Marco conceptual**

### **2.5.1. La familia**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), podemos definir la familia como "conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico

y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan”.

La familia es la unidad fundamental de la sociedad, y se encuentra en constante interacción con el medio natural, cultural y social.

**Etimología** El término familia procede del latín familia, "grupo de siervos y esclavos patrimonio del jefe de la gens", a su vez derivado de famulus, "siervo, esclavo". El término abrió su campo semántico para incluir también a la esposa e hijos de las familias, a quien legalmente pertenecían, hasta que acabó reemplazando a gens. En el campo de la salud, la familia debe constituirse en la unidad básica de intervención, ya que sus miembros "tienen el compromiso de nutrirse emocionalmente y físicamente, compartiendo recursos como el tiempo, espacio y dinero", es en esta unidad donde se debe enfocar la atención para mejorar la salud de la población del país. (12)

#### ▪ **Factores familiares**

Los factores familiares, son todos aquellos hechos que favorecen o limitan el transcurso normal de cualquier suceso, que pueda ocurrir a toda una familia o a cualquier miembro. Dichos factores pueden ser: factores de riesgo y factores protectores.

- *Factor de Riesgo*

Se denomina a cualquier circunstancia o evento de naturaleza biológica, psicológica o social, cuya presencia o ausencia modifica la probabilidad de que se presente un problema determinado en una persona o comunidad. Los factores de riesgo se entremezclan y organizan de modo muy dinámico, su importancia dentro del sistema de causas también es variable: la relevancia de un factor de riesgo puede cambiar de un grupo a otro y de un individuo a otro. Este enfoque de riesgo trae dos conceptos: el de vulnerabilidad, que es el potencial de que se produzca un riesgo o daño, ya que se observó que las probabilidades de padecer daños pueden surgir de sujetos que concentran en sí los factores de riesgo, constituyéndose en individuos de alto riesgo y el de conducta o comportamiento de riesgo.

- *Factores protectores*

Se descubrieron también la existencia de factores, que sirven como escudos para favorecer el desarrollo de los seres humanos, los factores protectores. Es decir que las actuales tendencias en prevención, van orientadas hacia la promoción de factores de protección, no quedándose en sólo la identificación de los factores de riesgo, sino que se actúa en la «construcción



de resistencias», hacia procesos protectores que incidan en la reducción de conflictos de comportamiento. Así tenemos que los Factores de Protección, son aquellos factores psicológicos o sociales que modifican la acción de un factor de riesgo para desestimular o evitar la aparición de la problemática. O son los recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto del riesgo (David Hawkins, 1985). (13)

- **Funciones de la familia**

Son las tareas que les corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo. Se reconocen las siguientes funciones:

- **Socialización:** promoción de las condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que propicia la réplica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia.
- **Afecto:** interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.
- **Cuidado:** protección y asistencia incondicionales de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades (materiales, sociales, financieras y de salud) del grupo familiar.

- Estatus: participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.
- Reproducción: provisión de nuevos miembros a la sociedad.
- Desarrollo y ejercicio de la sexualidad. (14)

- **Tipos de familia**

- Según el parentesco:
  - *Nuclear*: Hombre y mujer sin hijos
  - Nuclear simple: Padre y madre con uno a tres hijos
  - Nuclear numerosa: Padre y madre con cuatro hijos o más
  - Reconstruida (binuclear): Padre y madre, en el que alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de una unión anterior.
  - *Monoparental*: Padre o madre con hijos
  - Monoparental extendida: Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco
  - Monoparental extendida compuesta: Padre o madre con hijos, más otras personas con o sin parentesco
  - *Extensa*: Padre y madre con hijos más otras personas con parentesco

- Extensa compuesta: Padre y madre con hijos, más otras personas con o sin parentesco
- No parental: Familias con vínculos de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (ej. tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etc)
- Sin parentesco
  - Monoparental extendida sin parentesco Padre o madre con hijos, mas otra persona sin parentesco
  - Grupos similares a familias      Personas sin vínculo de parentesco que realizan funciones o roles familiares. (15)

#### ▪ **Comunicación intrafamiliar**

La comunicación es un modelo único que tiene cada familia para interactuar entre sus miembros, es el acto de transmitir determinada información a otro, desde el momento que nace una persona está comunicando; en el caso de un recién nacido con su primer llanto indica el deseo de atención y cuidado por parte de sus padres. Es un vínculo primordial en cualquier sistema puesto que todos tenemos la necesidad de compartir lo que sabemos, pensamos y sentimos.

La familia es la primera escuela donde aprendemos a comunicarnos la misma que determinará como hacerlo con las demás personas de la sociedad. La comunicación es entonces la base del desarrollo y desenvolvimiento de los integrantes del sistema familiar, ellos interactúan de manera constante y dinámica, a su vez define su estructura, transmitiendo mensajes entre los subsistemas y para que sea comprendida es necesario el lenguaje medio utilizado por los seres humanos.

Dentro de la sociedad es fundamental la comunicación por lo tanto también lo es en el núcleo familiar, debido a que si esta no existiera la familia dejaría de funcionar como tal, es por eso que cada subsistema establece intercambios unos a otros tratándose de una actividad compartida poniéndose en contacto dos o más miembros.

La comunicación satisface dos necesidades, el deseo primario de informar que se dirige a la inteligencia humana y de persuadir al dirigirse a la afectividad es decir los sentimientos y emociones siendo importante dentro de la psicología social en donde los individuos se encuentran en constante interacción no solamente con los miembros del sistema familiar sino también con los demás sistemas.

- Tipos de comunicación

Existen dos tipos de comunicación la verbal o digital y la no verbal o analógica ambas pueden utilizarse de manera conjunta operando de manera simultánea la una con la otra, nuestro cuerpo siempre está comunicando por medio de los sentidos.

- Comunicación verbal o digital: se caracteriza por depender del lenguaje, el mismo que se dará de acuerdo a la maduración del sistema nervioso central, las palabras deben ser pronunciadas a una determinada velocidad permitiendo manejar el pasado, presente y futuro. El control de esta comunicación se basará en haber tenido muchos años de entrenamiento y de haber adquirido un buen vocabulario. Puede realizarse de dos formas, la oral que es a través de signos orales o palabras habladas y la escrita por medio de la representación gráfica de signos. Existen múltiples formas de comunicación oral como: gritos, silbidos, llantos y risas que pueden expresarse en diferentes situaciones anímicas y son una de las formas más comunes de comunicarse. La forma más evolucionada de la comunicación oral es el lenguaje articulado es decir los sonidos estructurados que dan lugar a las sílabas, palabras y oraciones con las que nos comunicamos con los demás. Las formas de comunicación escrita también son muy variadas y numerosas como: jeroglíficos, alfabetos, siglas, logotipos, etc., existiendo una gran evolución desde la escritura primitiva hasta la actual.

- Comunicación no verbal o analógica: Es aquella que se da mediante señas y signos que carecen de estructura sintáctica verbal, son movimientos continuos que no tienen principio ni final, estos pueden llevarse a cabo de manera lenta o rápida, expresa siempre tiempo presente y no posee impacto significativo en el lenguaje. Las formas no verbales de comunicación incluyen imágenes, gestos, señales, movimientos corporales, etc., como medios para comunicar a las personas. Dentro de la familia constantemente estamos enviando mensajes no verbales ya que la simple señal o gesto que realice cualquier miembro está comunicando a los demás; la comunicación corporal antes que el lenguaje es una parte esencial del sistema de comunicación. Estos dos tipos de comunicación facilitan a que los miembros de la familia puedan expresar con mayor claridad sus sentimientos, afecto y respeto que siente cada uno y conocer sus puntos de vista con el fin de no herir u ofender a nadie. (16)

#### ▪ **Alimentación de la familia**

La alimentación, se puede decir que este es el proceso mediante el cual los seres vivos consumen diferentes tipos de alimentos con el objetivo de recibir los nutrientes necesarios para sobrevivir. Estos nutrientes son los que luego se transforman en energía y proveen al organismo vivo que sea de aquellos elementos que requiere para vivir. La alimentación

es, por tanto, una de las actividades y procesos más esenciales de los seres vivos ya que está directamente relacionada con la supervivencia. Los modos de alimentarse, preferencias y rechazos hacia determinados alimentos están fuertemente condicionados por el contexto familiar durante la etapa infantil en la que se incorporan la mayoría de los hábitos y prácticas alimentarias de la comunidad. En la infancia, la madre es la principal responsable de la transmisión al hijo de las pautas alimentarias saludables que podrían prevenir enfermedades relacionadas con la alimentación. Los progenitores influyen en el contexto alimentario infantil usando modelos autoritarios o permisivos para la elección de la alimentación de los niños, en aspectos como el tipo, cantidad y horarios de alimentación, así como edad de introducción de los mismos. Los modelos de alimentación infantil aplicados por los progenitores, están basados en la disponibilidad de alimentos en el hogar, las tradiciones familiares, el acceso a medios de comunicación y la interacción con los niños durante la comida. La exposición repetida del niño a estos modelos familiares, genera un estímulo condicionado que asocia determinados alimentos con eventos específicos (fiestas, castigos, estaciones, entre otros), ejerciendo un efecto modulador sobre su comportamiento alimentario. Como consecuencia del reforzamiento positivo de la conducta derivado de las experiencias de alimentación, los niños adoptan las preferencias alimentarias y costumbres familiares

que le resultan agradables, seleccionando las conductas que repetirán en el futuro. El contexto social en el que funciona la familia moderna, ha hecho que en la actualidad las decisiones sobre alimentación sean discutidas y negociadas frecuentemente con los niños, quienes influyen las decisiones del hogar por medio de la insistencia y la manipulación. Se ha sugerido que esta forma democrática de funcionamiento familiar está determinada por el estatus laboral de los progenitores y el poco tiempo que están en casa.

En la mayoría de las familias, la forma de alimentación de cada persona depende de la costumbre alimentaria que pueda tener la familia. Las cuales usualmente pueden ser:

- Alimentación balanceada: Implica ingerir todos los alimentos necesarios y de forma equilibrada, lo que implica comer porciones adecuadas a la estatura y contextura propia.

- Alimentación rica en proteínas (huevos, aves, pescados, carnes, productos lácteos, frutos secos)

- Alimentación rica en grasas (aceites, mantequilla, margarinas, grasa, carnes y sus derivados.

- Alimentación rica en carbohidratos (arroz, papa, avena, azúcar, pasta) (17)



▪ **Aceptación de problemas internos**

Se refiere a la resolución y/o aceptación de la existencia de alguna problemática dentro del hogar, como desacuerdos en las opiniones de algunos de los miembros, problemas económicos, falta de comunicación, elemento fundamental salir adelante en las adversidades que se puedan presentar con algún miembro de la familia.

▪ **Apoyo familiar**

Es cuidar de los miembros de familia ya sea por incapacidades de desarrollo en su hogar. El apoyo a lo largo del ciclo vital de la familia, en la infancia, los padres son la fuente de todos los tipos de apoyo. Una vez que los niños alcanzan la edad de la escuela primaria ven a los otros también como proveedores de apoyo, pero este apoyo es generalmente percibido como de naturaleza más particular. Por ejemplo, el apoyo de los compañeros se relaciona con un mejor ajuste en la primera etapa escolar. Sin embargo, los padres son la base más fuerte de seguridad para el niño, el cual al pasar los años se va acentuando.

▪ **Presencia de sustancias nocivas en la familia**

Las adicciones traen consigo todo tipo de problemas, varios de ellos en el hogar, siendo las siguientes algunas de las principales consecuencias familiares del consumo de drogas:

Abandono de las responsabilidades económicas, es decir, el adicto se desentiende por completo de las aportaciones monetarias que solía realizar a la familia

- Por otra parte, también se presenta el abandono de las responsabilidades afectivas, ya que al enfermo le deja de importarle cualquier tipo de atención emocional que solía tener con los miembros de su familia

- El incremento en la crisis financiera también es algo muy común, pues el adicto desviará alguna parte de sus ingresos para poder adquirir droga, dejando de lado incluso las necesidades económicas básicas del hogar.

- Normalmente el consumo de drogas se relaciona con situaciones de maltrato

- El adicto suele perder cualquier tipo de autoridad en el hogar, ya que los demás miembros de la familia dudan de su capacidad para tener control y/o liderar a los demás lo cual se entiende perfectamente; después de todo, ha caído en las adicción a las drogas, demostrado no tener siquiera control sobre su propia vida

- Cambios en las costumbres familiares; nada será igual teniendo un adicto en casa, debiendo los demás miembros de la familia cambiar

sus hábitos para adaptarse de la mejor manera la forma de actuar del enfermo.

- Episodios de violencia ya sea física, verbal y/o incluso sexual, los cuales pueden o no ser recurrentes, dependiendo de la personalidad del adicto

- Intentos de suicidio que de ser fructíferos, podrían conducir evidentemente a la muerte

- La disolución de vínculos afectivos a nivel de pareja, es decir, la separación y/o el divorcio, dependiendo de cada caso

- A su vez, dicha separación conducirá casi de forma segura, a problemas legales, tratando de resolver asuntos como la separación de bienes y la custodia de las hijos

- Todo lo anterior indudablemente conducirá al deterioro en la calidad de vida de todos los miembros quienes conforman el núcleo familiar. (18)

- Tipos de sustancias nocivas

- Depresivos

- Alcohol (Cerveza, Vino).

- Narcóticos (Heroína, Opio).

- Sedantes-hipnóticos (Fenobarbital, Seconal).

- Tranquilizantes (Librium, Valium).

- Estimulantes
- Anfetaminas (Benzedrine, Dexedrine).
- Estimulantes no Anfetamínicos (Ritalin).
- Cocaína.
- Cafeína (Café, Té, Colas).
- Psicodélicos
- Cannabis (Marihuana, Hashish).
- Alucinógenos (LSD, Psilocibín).
- Otras Substancias: Inhalantes y solventes (Aerosoles, Gasolina, Cemento Plástico, Pinturas). Nicotina (Cigarrillos, Tabaco Masticable, Pipa). (19)

#### ▪ **Violencia familiar**

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) recoge información acerca de la violencia familiar con el fin de conocer las características de este problema contra las mujeres en edad fértil (15-49 años), lo que permite contar con datos nacionales sobre la prevalencia de la violencia en el Perú.

La violencia familiar son todos los actos de agresión que se producen en el seno de un hogar, es decir, la violencia ejercida en el terreno de la convivencia familiar, por parte de uno de los miembros contra otros,

contra alguno o contra todos ellos. Incluye casos de violencia contra la mujer, maltrato infantil o violencia contra el hombre.

o Formas de violencia:

- Violencia psicológica y/o verbal, es la agresión a través de palabras, injurias, calumnias, gritos, insultos, desprecios, burlas, ironías, situaciones de control, humillaciones, amenazas y otras acciones para socavar su autoestima, los cuales se consideran aún más difíciles de sanar.

- Violencia Física, es la agresión ejercida mediante golpes, empujones, abofeteadas, patadas, entre otras.

- Violencia sexual, es el acto de coacción hacia una persona a fin de que realice actos sexuales que ella no aprueba o la obliga a tener relaciones sexuales sin su consentimiento. (20)

▪ **Recursos económicos en la familia**

Existen hogares que llevan bastante bien las dificultades económicas y otras que realmente no las soportan pues sobre esta realidad de dinero apoyan y descargan otro montón de deseos y esperanzas. Muchas veces la responsabilidad económica recae en un solo miembro de la familia, puede ser la madre, el padre, el hijo mayor que trabaja, etc. Y empieza una demanda irracional contra esta persona, sin considerar

sus propias necesidades personales y sin pensar en el esfuerzo diario que hace por los demás. Los otros se colocan en una posición demandante sin aportar en nada a la economía familiar. Otras familias se organizan sintiéndose un equipo en el que todos están incluidos. Inclusive los hijos deben, llegada cierta edad, aportar para el bien común, creando vínculos más solidarios. Es necesario poder observar la existencia de situaciones donde el uso del dinero sirve como un medio para agredir al grupo familiar o cómo este grupo descalifica a uno de sus miembros:

- Hombres y mujeres criticados por sus sueldos bajos.
- Situaciones imprevistas que hacen que la familia ataque al que no puede proveer.
- Mala organización de la economía familiar.
- Despidos inesperados por los cuales el familiar además de sentirse mal en lo personal carga con la culpa y la demanda de los demás.
- Problemas personales de uno de los miembros (ludopatía, adicciones, personalidad irresponsable, etc.)

Una de las cosas más importantes que una familia debe saber es en qué posición de afecto se encuentra cada uno, y cómo desde esa necesidad de cariño, de posesión, de frustración, de rabia o de comportamiento solidario va a relacionarse con la economía en casa. Si los miembros de

la familia se quedan en la posición de que es “el otro el que tiene que resolver el problema” entonces la crisis se hará inminente y la parte económica terminará siendo el mejor vehículo para destrozarse la familia. (21)

La salud y la economía constituyen un binomio que se relaciona de forma activa. Posiblemente no exista una decisión en salud que no tenga una implicación económica. La interacción entre la economía y la salud se puede apreciar desde dos perspectivas diferentes. La primera se evidencia a través del impacto que tiene el sistema de salud como condicionante del bienestar de la población, como determinante de la productividad del trabajo y en la formación de capital humano; la segunda, a través de la influencia del sistema de salud de manera cuantitativa y cualitativa en el crecimiento de la economía nacional, lo que refuerza su importancia como sector económico. (22)

### **2.5.2. TUBERCULOSIS**

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa que suele afectar a los pulmones y es causada por una bacteria (*Mycobacterium tuberculosis*). Se transmite de una persona a otra a través de gotículas generadas en el aparato respiratorio de pacientes con enfermedad pulmonar activa. (23)

#### ▪ **Cuadro clínico**

En el comienzo de la enfermedad, las personas con tuberculosis pueden tener síntomas comunes a otras enfermedades como lo son la fiebre, el cansancio, la falta de apetito, pérdida de peso, depresión, sudor nocturno y disnea en casos avanzados; más cuando se agregan las aflicciones de tos y expectoración purulenta por más de quince días debe estudiarse pues se considera un síntoma respiratorio. (24)

#### ▪ **Transmisión**

Las personas con tuberculosis activa (aquella que el sistema inmunitario no ha sido capaz de controlar) en los pulmones puede transmitir la enfermedad a otras. La tuberculosis se propaga a través del aire cuando una persona con tuberculosis activa tose. Es necesario tener un contacto estrecho con la tuberculosis en un espacio cerrado para que exista un riesgo real de infección. Se considera que han estado en contacto estrecho las parejas de las personas con tuberculosis, personas que viven en la misma casa y los que la visitan con frecuencia. (25)

#### ▪ **Diagnostico**

La mayoría de las personas con enfermedad de tuberculosis tienen uno o más síntomas de enfermedad de tuberculosis, sin embargo deben ser remitidas a una evaluación médica completa, la cual incluirá lo siguiente:



#### **- Antecedentes médicos**

Los médicos deben preguntar si el paciente tiene antecedentes de exposición a la tuberculosis, de infección o de enfermedad de tuberculosis. También es importante tener en cuenta los factores que puedan aumentar el riesgo de exposición del paciente a la tuberculosis o a la tuberculosis resistente a los medicamentos. Además, los médicos deben determinar si el paciente tiene afecciones (como infección por el VIH o diabetes) que aumenten el riesgo de que la infección de tuberculosis latente evolucione a enfermedad de tuberculosis.

#### **- Examen físico**

El examen físico puede proporcionar información valiosa sobre el estado general del paciente y otros factores que podrían influir en el tratamiento contra la tuberculosis, como la infección por el VIH u otras enfermedades.

#### **- Pruebas para detectar la infección por tuberculosis**

Para detectar la infección por *M. tuberculosis* se puede usar la prueba cutánea de la tuberculina de Mantoux o una prueba de sangre para detectar la tuberculosis. Es necesario hacer más pruebas para confirmar la enfermedad de tuberculosis.

#### - Radiografía de tórax

La radiografía de tórax se utiliza para detectar anomalías en el pecho. Las lesiones pueden aparecer en cualquier parte de los pulmones y pueden diferir en tamaño, forma, densidad y cavitación. Estas anomalías pueden indicar tuberculosis, pero no pueden usarse para diagnosticarla de manera definitiva. Sin embargo, se puede usar una radiografía de tórax para descartar la posibilidad de tuberculosis pulmonar en una persona que haya tenido una reacción positiva a la prueba cutánea de la tuberculina o a la prueba de sangre para detectar la tuberculosis y que no tenga síntomas de la enfermedad.

#### - Microbiología diagnóstica

La presencia de bacilos acidorresistentes (BAAR) en un frotis de esputo o en otra muestra a menudo indica enfermedad de tuberculosis. La observación microscópica de bacilos acidorresistentes es fácil y rápida, pero no confirma el diagnóstico de la tuberculosis porque algunos bacilos acidorresistentes no son *M. tuberculosis*. Por lo tanto, para confirmar el diagnóstico se hace un cultivo de todas las muestras iniciales. (Sin embargo, no siempre es necesario obtener un resultado positivo en el cultivo para comenzar o continuar el tratamiento contra la tuberculosis). Un resultado positivo

en el cultivo de *M. tuberculosis* confirma el diagnóstico de enfermedad de tuberculosis. (26)

- **Tratamiento**

La enfermedad de tuberculosis se puede tratar tomando varios medicamentos durante un periodo de 6 a 9 meses. En la actualidad hay 10 medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (FDA, por sus siglas en inglés) para el tratamiento de la tuberculosis.

En el esquema para tuberculosis sensible incluyen pacientes con TB pulmonar frotis positivo o negativo, pacientes con TB extrapulmonar, excepto compromiso miliar, SNC Y osteoarticular, pacientes nuevos o antes tratados (recaídas y abandonos recuperados).

Esquema para adultos y niños:

Primera Fase: 2 meses (HREZ) diario (50 dosis)

Segunda Fase: 4 meses (H3R3) tres veces por semana (54 dosis) (5)

- **Prevención**

La tuberculosis es una enfermedad que se puede prevenir, incluso en aquellos que han estado expuestos a una persona infectada.

-Procurar ventilar los ambientes para evitar la concentración de gérmenes.

- Abrir las ventanas y cortinas para iluminar los ambientes. La luz del día elimina la bacteria.
- Consumir alimentos sanos y de forma balanceada.
- Aplicación de la vacuna BCG al recién nacido.
- Tomar las pastillas de prevención (quimioprofilaxis). Esto es para los menores de 19 años que estén en contacto con una persona enferma de TB, siempre y cuando el médico lo indique.

### **2.2.2. Tuberculosis multidrogoresistente**

La tuberculosis multirresistente (MDR TB, por sus siglas en inglés) es causada por un organismo resistente a por lo menos dos medicamentos, la isoniazida y la rifampicina, que son los más poderosos para el tratamiento de esa enfermedad. La resistencia a los medicamentos contra la tuberculosis puede ocurrir cuando estos fármacos se administran o se usan en forma incorrecta, como por ejemplo, cuando los pacientes no completan su tratamiento; cuando no hay una disponibilidad permanente de medicamentos o si los medicamentos son de mala calidad.

La resistencia a los medicamentos es más común en las personas que:

- No toman sus medicamentos para la tuberculosis en forma regular;
- No toman todos sus medicamentos para la tuberculosis según las indicaciones de su médico o enfermera.

-Vuelven a tener la enfermedad de tuberculosis después de haber tomado los medicamentos para tratarla.

-Han estado con alguien que padece de tuberculosis resistente a los medicamentos. (26)

- **Diagnostico**

- **Pruebas rápidas para la detección de tuberculosis multidrogorresistente (TB MDR):**

- **Prueba MODS (Microscopic Observation Drug Susceptibility)** Es una prueba fenotípica de tamizaje directa a partir de muestras de esputo con baciloscopía positiva o negativa, indicada antes o durante el tratamiento anti tuberculosis.

- **Prueba Nitrato Reductasa (Griess)** Es una prueba fenotípica de tamizaje directa que se realiza a partir de muestras de esputo con baciloscopía positiva (una cruz o más). Detecta resistencia a isoniacida y rifampicina

- **Sistema automatizado en medio líquido MGIT (Mycobacterium Growth Indicator Tube)** Es una prueba fenotípica de diagnóstico de tuberculosis y de sensibilidad a medicamentos de primera. El resultado se obtiene entre 4 a 12 días desde que el cultivo es informado como positivo.

- **Prueba molecular de sondas de ADN** Es una prueba molecular, tanto de manera directa como indirecta, que detecta mutaciones asociadas a la resistencia a isoniacida y rifampicina, a partir de una muestra de esputo con baciloscopía positiva o cultivos de micobacterias positivos, además de identificar el complejo M. tuberculosis

o **Pruebas de sensibilidad convencionales a medicamentos de primera y segunda línea:**

- **Método de las proporciones en agar en placa (APP)** para medicamentos de primera y segunda línea. Esta prueba es realizada por el Laboratorio de Micobacterias del INS a partir de cultivos positivos de micobacterias.

- **Método de proporciones indirecto en medio LowensteinJensen** para medicamentos de primera línea Está indicada a partir de cultivos de micobacterias positivas de casos de TB extrapulmonar y en los casos de TB pulmonar frotis negativo cultivo positivo, donde no se disponga de la prueba MODS o la prueba molecular a partir del cultivo por sondas de ADN. (5)

#### ▪ **Tratamiento**

Los esquemas posológicos para el tratamiento de la enfermedad de tuberculosis tienen una fase inicial de 2 meses, seguida de la fase

de continuación en la que se eligen varias opciones de tratamiento, con una duración de 4 o 7 meses (para un total de 6 a 9 meses de tratamiento). La tuberculosis resistente a los medicamentos es causada por bacterias de tuberculosis que son resistentes a por lo menos un medicamento de primera línea contra la tuberculosis, la isoniazida (INH) y rifampina (RIF).

- **Esquema Estandarizado**

Indicación:

Paciente 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. Es indicado por el médico consultor.

Esquema:

Primera Fase: 6-8 meses (EZLfxKmEtoCs) diario

Segunda Fase: 12-16 meses (EZLfxEtoCs) diario

- **Esquemas Empíricos**

Indicaciones:

-Paciente con diagnóstico de TB resistente según PS rápida.

- Paciente con diagnóstico de TB resistente según PS convencional sólo a medicamentos de primera línea.

- Paciente que es contacto domiciliario de un caso de TB resistente y en quien por la severidad de su estado, no se puede esperar el resultado de una PS rápida o convencional para iniciar tratamiento. En este caso en el esquema se basa en el tratamiento del caso índice. Es indicado por el médico consultor.

De acuerdo al resultado de las pruebas rápidas a isoniacida y rifampicina se establecen los esquemas empíricos definidos en la Tabla 9 de la presente Norma Técnica de Salud.

**Tabla 1**

***Esquemas empíricos para TB resistente basados en la PS rápida a H y R***

<b>Resultado PS rápida</b>	<b>Esquema empírico</b>	<b>Duración</b>	<b>Comentario</b>
TB H resistente	2 (REZLfx)/7 (RELfx)	Terapia diaria excepto domingos por 9 meses	Ajustar estos esquemas según resultado de PS convencional a medicamentos de 1 y 2 línea
TB R resistente	6 - 8 (HEZLficKmEtoCs) / 12 (HEZLfxEtoCs)	Terapia diaria excepto domingos 12 a 18 meses	
TB H y R resistente (TB MDR)	6 - 8 (EZLfxKmEtoCs) / 12 - 16 (EZLfxEtoCs)	Terapia diaria excepto domingos 18 meses	

*Fuente: Norma Técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis 2013*

○ **Esquemas Individualizados**

Indicación:



Paciente con diagnóstico de TB resistente con resultados de una PS convencional para medicamentos de primera y segunda línea. Casos de TB mono o polirresistente: En casos de TB mono o polirresistente a medicamentos de primera línea, los esquemas individualizados deben darse de manera diaria de lunes a sábado.

(5)

**Tabla 2**

***Esquema para TB mono o poliresistente***

<b>Perfil de Resistencia</b>	<b>Esquema de tratamiento</b>	<b>Duración (meses)</b>
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 /15 RLfxEto	18 meses
Z	2RHE / 7 RH	9
E	2RHZ / 4 RH	6
R	3HEZLfxKm/9HEZLfx	12 a 18
Otras combinaciones	Según evaluación del médico consultor y el CRER / CER – DISA	

*Fuente: Norma Técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis 2013.*

- **Prevención**

Lo más importante que una persona puede hacer para prevenir la propagación de la tuberculosis MDR es tomar todos sus medicamentos exactamente de acuerdo a las indicaciones del proveedor de atención médica. No se debe dejar de tomar ninguna dosis y no se debe suspender el tratamiento sin que se haya completado. Los pacientes deben notificar a sus proveedores de atención médica si tienen problemas para tomar sus medicamentos. Si tienen pensado viajar, deben hablar con sus proveedores de atención médica y asegurarse de llevar suficientes medicamentos para todo el viaje.

Los proveedores de atención médica pueden colaborar en la prevención de la tuberculosis MDR mediante el diagnóstico rápido de los casos, el seguimiento de las directrices recomendadas para el tratamiento, la vigilancia de la respuesta de los pacientes al tratamiento y la verificación de que el tratamiento se haya completado.

Otra forma de prevenir el contagio de la tuberculosis MDR es evitar la exposición a los pacientes que se sabe tienen este tipo de tuberculosis en espacios cerrados o con una alta concentración de personas, como los hospitales, las prisiones o los albergues para personas sin hogar. Si el centro laboral es un hospital o centros de atención médica que atienden a pacientes con tuberculosis, se debe consultar con expertos

en control de infecciones o en salud ocupacional. Y averiguar cuáles son los procedimientos administrativos y ambientales para prevenir la exposición a la tuberculosis. Una vez implementados estos controles se pueden adoptar otras medidas, como el uso de equipos individuales de protección respiratoria.

### **2.2.3. Adherencia al tratamiento**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el cumplimiento o la adherencia terapéutica como la magnitud con la cual el enfermo sigue las instrucciones médicas para llevar a cabo un tratamiento. El seguimiento de una dieta o la modificación de un estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por el médico que está a cargo de su tratamiento.

Haynes y Sackett definieron este concepto como la medida con la que el paciente modifica su conducta orientándola hacia la ingesta del medicamento, al poner en marcha tal medida es posible asegurar el cumplimiento en los tratamientos.

Así mismo, Miklowith (1986) señala que el tratamiento farmacológico se evalúa a través de una adecuada historia clínica del paciente, en donde se pueden definir algunos criterios: nunca dejó de tomar la medicación; raramente dejó de tomarla; a veces dejó de tomarla; a menudo dejó de tomarla y por último abandono la medicación.

Buchanan (1992) clasifica la adherencia como: reducida, al cumplimiento mínimo del 25% del tratamiento, ésta se lleva a cabo por los pacientes; parcial, se define cuando el cumplimiento se lleva a cabo entre el 25 y 75%; elevada, es cuando el cumplimiento se sitúa en un 75% superior.

De esta manera, la palabra adherencia ha ido adquiriendo diversos significados a lo largo del proceso de la investigación es conocida como un tratamiento médico o farmacológico, y es definida también como algo correcto e incorrecto de acuerdo con el cuidado que cada paciente necesita. La OMS señala que depende La OMS señala que depende de varios factores como son los socioeconómicos, culturales y religiosos, entre otros. Sin embargo, algunos autores como Salicru, en 1997, y Tilson, en 2004, resaltan la importancia de incluir el cumplimiento como parte de la adherencia; ellos hacen una comparación de adherencia y cumplimiento, en donde significa lo mismo desde el punto de vista conceptual. En suma, el término de cumplimiento hace referencia al grado en que el paciente obedece, sigue instrucciones y prescripciones médicas, lo cual depende del estado de salud de cada persona. (27)

- **Factores de adherencia al tratamiento**

En complemento con el tratamiento farmacológico es muy importante; la nutrición para lograr un incremento de peso significativo el cual

debe ser manejada conjuntamente con la estrategia sanitaria de alimentación y nutrición saludable, un adecuado reposo físico, la terapia psicológica y social durante el tratamiento ya que muchos pacientes presentan depresión al conocer su diagnóstico, por la prolongada duración del tratamiento que tienen que seguir, por los efectos colaterales neuropsiquiátricos que presentan algunos medicamentos y por la falta de apoyo familiar y/o social que necesita el paciente. Todos estos aspectos son complementarios al tratamiento y son de suma importancia para la adecuada adherencia al tratamiento de la tuberculosis.

Una adecuada atención personalizada por parte del personal de enfermería y el adecuado cumplimiento del tratamiento complementario y farmacológico de la TB MDR:

- Identificar los factores de riesgo asociados a abandono: antecedente de irregularidad o abandono de tratamiento previo, existencia de conflicto familiar, laboral, alcoholismo y drogadicción, pobreza y conducta anti-social.
- Establecer con el equipo multidisciplinario del EESS, estrategias centradas en el paciente para garantizar la adherencia al tratamiento, interactuando con agentes comunitarios de salud, organizaciones de afectados o de base, gobierno local, instituciones no gubernamentales u otros actores de la comunidad. Monitorear y registrar la condición

de "Irregularidad al Tratamiento" (pérdida de 3 dosis programadas en la fase inicial o 5 dosis durante todo el tratamiento para esquemas de TB sensible) en la tarjeta de administración de tratamiento

- **Tratamiento farmacológico**

El tratamiento para la tuberculosis multidrogoresistente, se basa en distintas indicaciones como son; el tratamiento farmacológico de la TB MDR, las indicaciones que se debe tener en cuenta durante el seguimiento del tratamiento que requiere el paciente, el cual se basa en tres esquemas según la norma técnica de salud para el control de la tuberculosis: retratamiento individualizado para TB MDR, retratamiento empírico para TB MDR, esquema de retratamiento estandarizado para TB MDR.

- **Asistencia:**

Debe garantizarse el cumplimiento total de las dosis programadas. Si el paciente no acude a recibir la dosis correspondiente, el personal del EESS debe garantizar su administración dentro de las 24 horas siguientes y continuar con el esquema establecido.

Es uno de los factores predeterminantes para la eficacia del tratamiento antituberculoso, debido a que los medicamentos están en una lucha constante contra el bacilo que causa la tuberculosis y la discontinuidad o la falta de estos provocaría una volviendo así al bacilo más resistente, y como consecuencia el fracaso del tratamiento.

- **Ingesta de medicamentos bajo supervisión (DOT):**

Según la estrategia sanitaria se control de tuberculosis comprende las actividades llevadas a cabo bajo supervisión de un personal de salud desde que se recibe una prescripción o una petición de un medicamento hasta que éste es entregado al propio paciente en boca o al profesional responsable de su administración.

Identificación de reacciones adversas: La tuberculosis multidrogorresistente (TBMDR) Plantea dificultades diagnósticas y terapéuticas; entre ellas, la mayor frecuencia de reacciones adversas a fármacos antituberculosos (RAFAs). síntomas que modifican desfavorablemente el curso clínico del o de la enfermedad tratada o causa incomodidad o agravamiento del paciente y que aparece después de la administración de dosis terapéuticas habituales. (28)

o **Seguimiento**

- **Asistencia a las consultas médicas:**

El control de los pacientes con TB resistente debe ser realizado por el médico tratante del EESS de manera mensual y por el médico consultor cada 3 meses los cuales permiten llevar a cabo un seguimiento de la enfermedad el cual puede identificar progresos o fracasos del mismo, el medico consultor considera exámenes tanto

bacteriológicos y radiológicos los cuales le permiten tener hallazgos de como el afectado sigue el curso del tratamiento.

- **Asistencia a la consulta de enfermería:**

El personal de enfermería tiene como labor educar a la persona con TB y a su familia sobre la enfermedad, formas de contagio y medidas de prevención, uso de pruebas rápidas para detectar resistencia, qué medicamentos va a tomar, en qué horarios y por cuánto tiempo; posibles reacciones adversas, importancia de la adherencia al tratamiento y consecuencias de no tomar la medicación correctamente, la importancia del estudio de los contactos y medidas de control de infecciones dentro del domicilio y la potencial necesidad de aislamiento.

- **Cumplimiento de control bacteriológico**

Todo paciente con TB resistente debe ser monitoreado con baciloscopía y cultivo de esputo mensuales durante todo el tratamiento, esto permitirá conocer el progreso de la enfermedad y la eficacia o no del tratamiento.

- **Monitoreo de resultados bacteriológicos**

El monitoreo de los resultados bacteriológicos tanto mensuales como la prueba de sensibilidad convencional no solo debe ser de interés del establecimiento de salud, sino que también forma parte de la



responsabilidad del paciente mostrando así un compromiso total con su tratamiento.

- **Asistencia en la educación sanitaria.**

Es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla y que se dedica a estudiar las formas de favorecer una mejor salud en la población. La definición dada en la histórica Carta de Ottawa de 1986 es que la promoción de la salud "consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma". Las áreas de acción que propone la Carta de Ottawa son: construir políticas públicas saludables, crear ambientes que favorezcan la salud, desarrollar habilidades personales, reforzar la acción comunitaria, reorientar los servicios de salud. (29)

o **conductas de salud**

A todo paciente se le debe aplicar una ficha de tamizaje para descartar problemas de depresión, violencia y consumo de alcohol y otras drogas en EESS del primer nivel de atención. Si el tamizaje saliera positivo, el paciente pasará al servicio de salud mental y al médico general para su evaluación respectiva. En caso el problema que presente el paciente supere la capacidad resolutoria del establecimiento, debe ser referido para evaluación especializada.

- **Aceptación de la enfermedad**

Aceptación de la enfermedad. Aquí, como en el caso de la negación, podemos distinguir entre: aceptar el hecho de la enfermedad; aceptar la importancia de la enfermedad en nuestra vida; aceptar el impacto emocional de la enfermedad en nosotros. La resignación puede tener una función positiva y colaborar a una mejor adaptación de la persona a la enfermedad. (30)

- **Afrontamiento emocional:**

Cada persona tiene una forma de ser, un modo de hacer frente a los problemas, un conjunto de creencias y valores, y una forma determinada de ver el mundo, y por tanto, única será la forma que cada uno afrontará la enfermedad. Hay tantas reacciones como personas. Aunque las reacciones de cada persona son diferentes, las emociones que sentimos las personas ante estas situaciones suelen ser comunes a todos nosotros

- **Hábitos de alimentación**

La alimentación es un complemento al tratamiento, siempre y cuando el médico que lleve el tratamiento este al corriente de dicha alimentación y suplementación. Esta alimentación y dieta rica pueden

contener alimentos que tengan beneficios para contrarrestar los síntomas de la tuberculosis.

- **Consumo de sustancias nocivas**

Pacientes que abusan del alcohol o las drogas tienen menos posibilidades de someterse a un cribado de tuberculosis, o de comenzar y completar la terapia tanto para la infección latente como para la enfermedad activa. Como se retrasa el diagnóstico y la enfermedad progresa, los pacientes tienden a ser más contagiosos. Una de las causas del fracaso terapéutico es que los fármacos para tratar la tuberculosis, además de requerir una pauta algo prolongada, normalmente son metabolizados por el hígado, que suele estar dañado por el consumo abusivo de sustancias nocivas. (31)

- **Relaciones interpersonales**

Las relaciones interpersonales en la lucha contra la tuberculosis son determinantes para las mejoras en las condiciones de vida. Debido a que la salud de los individuos es el resultado de la integración de factores biológicos y sociales, siendo la persona por naturaleza es un ser social.

## 2.6. Definición de términos

- *Factores de riesgo*: Se denomina a cualquier circunstancia o evento de naturaleza biológica, psicológica o social, cuya presencia o ausencia modifica la probabilidad de que se presente un problema determinado en una persona o comunidad (13)
- *Factores protectores*: Son aquellos factores psicológicos o sociales que modifican la acción de un factor de riesgo para desestimular o evitar la aparición de la problemática. (13)
- *Adherencia*: la magnitud con la cual el enfermo sigue las instrucciones médicas para llevar a cabo un tratamiento. (28)
- *Tuberculosis multidrogoresistente*: Forma de tuberculosis que es resistente a por lo menos dos medicamentos entre ellos los más comunes son: la isoniazida y a la rifampicina. (26)
- *Mycobacterium tuberculosis*: conocido también como bacilo de Koch, agente causante de la tuberculosis, que pertenece al género *Mycobacterium* que se distinguen por su propiedad ácido-alcohol resistente. (33)

### **III. VARIABLES E HIPOTESIS**

#### **3.1 Variables**

- **VARIABLE X: Factores familiares.**

Son componentes que favorecen o limitan el nivel de adherencia al tratamiento antituberculoso de los pacientes multidrogoresistente, en la Microred Los Olivos.

- **VARIABLE Y: Nivel de adherencia al tratamiento antituberculoso.**

Es la magnitud con la cual el paciente sigue las instrucciones médicas para llevar a cabo un tratamiento, que incluye; asistencia continúa a la toma de medicamentos, el desarrollar conductas de salud positivas y evitar conductas de riesgo, acudir a las citas con el personal de salud y realizar adecuadamente el régimen terapéutico.

### 3.2 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION
FACTORES FAMILIARES	Son componentes que favorecen o limitan el nivel de adherencia al tratamiento antituberculoso de los pacientes multidrogoresistente, en la Microred Los Olivos.	Factores de protección	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tipo de familia</li> <li>▪ Comunicación intrafamiliar</li> <li>▪ Aceptación de problemas internos.</li> <li>▪ Apoyo familiar</li> <li>▪ Tipo de alimentación</li> </ul>	ORDINAL Alto = 1 bajo = 0
		Factores de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Presencia de consumo de sustancias nocivas.</li> <li>▪ Tipo de sustancias nocivas</li> <li>▪ Presencia de violencia familiar</li> <li>▪ Tipo de violencia familiar</li> <li>▪ Déficit de recursos económicos</li> </ul>	ORDINAL Alto = 0 bajo = 1

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION
NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO	Es la magnitud con la cual el paciente sigue las instrucciones médicas para llevar a cabo un tratamiento, que incluye; asistencia continúa a la toma de medicamentos, el desarrollar conductas de salud positivas y evitar conductas de riesgo, acudir a las citas con el personal de salud y realizar adecuadamente el régimen terapéutico.	Tratamiento farmacológico	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Asistencia</li> <li>▪ Ingesta de medicamentos bajo supervisión.</li> <li>▪ Identificación de reacciones adversas.</li> </ul>	
		Seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Asistencia a las consultas médicas.</li> <li>▪ Asistencia a la consulta de enfermería</li> <li>▪ Cumplimiento de control bacteriológico</li> <li>▪ Monitoreo de resultados bacteriológicos</li> </ul>	ORDINAL Alto = 1 Bajo = 0
		Conductas de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aceptación de la enfermedad</li> <li>▪ Afrontamiento emocional</li> <li>▪ Consumo de sustancias nocivas</li> <li>▪ Relaciones interpersonales.</li> </ul>	

### **3.3 HIPÓTESIS**

#### **Hipótesis alterna (H<sub>1</sub>):**

- Existe relación significativa entre los factores familiares y el nivel de adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes multidrogoresistente en la Microred los olivos, 2017.

#### **Hipótesis nula (H<sub>0</sub>):**

- No existe relación significativa entre los factores familiares y el nivel de adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes multidrogoresistente en la Microred los olivos, 2017.



## IV. METODOLOGÍA

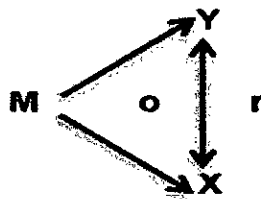
### 4.1. Tipo de investigación

El presente trabajo de investigación fue de tipo **cuantitativo** ya que los datos fueron sustentables en estadísticas, de carácter **descriptivo** porque se encuentro en un primer nivel de investigación y no hubo manipulación de variables y **correlacional** porque determino si dos variables están correlacionadas o no, y determino si un aumento o disminución de una variable coincide con un aumento o disminución en la otra variable.

### 4.2. Diseño de la investigación

La investigación es de diseño no experimental y transversal.

Dónde:



M= tamaño de la muestra

X= Factores familiares

Y= Nivel de adherencia al tratamiento antituberculosos

r= relación entre factores familiares y adherencia al tratamiento antituberculosos.

### **4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **4.3.1. Población**

La población de objeto de estudio estuvo conformada por 30 pacientes que reciben tratamiento antituberculoso para tuberculosis multidrogoresistente en la Micro Red Los Olivos.

#### **4.3.2. Muestra**

Muestra no probabilística, que debido a los criterios de exclusión se consideró a un total de 24 pacientes con tuberculosis multidrogoresistente.

##### **Criterios de inclusión**

- Ser mayor de edad
- Ser diagnosticado con tuberculosis multidrogoresistente
- Pacientes que siguen el tratamiento antituberculoso para multidrogoresistente en la Micro Red Los Olivos.

##### **Criterios de exclusión**

- Que hablan otro idioma o dialecto que no sea el español.
- Pacientes que se encuentren hospitalizados.
- Sean pacientes cuya religión les impide responder a preguntas de la entrevista.
- Durante la entrevista se muestren reacios a responder al cuestionario.
- Que no sepan leer y escribir

## **4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **4.4.1 Técnica**

Para la investigación se utilizó como técnica: La encuesta y la observación porque nos permitió realizar una serie de integrantes, para identificar los factores familiares que influyen en la adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes con tuberculosis multidrogoresistente.

Una encuesta es un estudio observacional en el cual el investigador busca recaudar datos por medio de un cuestionario prediseñado, y no modifica el entorno ni controla el proceso que está en observación. Los datos se obtienen a partir de realizar un conjunto de preguntas normalizadas dirigidas a una muestra representativas o al conjunto total de población estadística en estudio, formada a menudo por personas, con el fin de conocer estados de opinión, características o hechos específicos. El investigador debe seleccionar las preguntas más convenientes, de acuerdo con la naturaleza de la investigación.

### **4.4.2 Instrumento:**

Como instrumento se aplicó un cuestionario validado por 7 expertos, el cuestionario es una estructuración de un sistema de preguntas, comprende 21 ítems para recoger datos de los

pacientes y un check list que consta de 4 ítems. El tipo de ítems es cerrado, y de opción múltiple, en el cual las dimensiones fueron: Factores de protección, factores de riesgo, tratamiento farmacológico, seguimiento, conductas de salud.

Este instrumento se empleara con el fin de evaluar los indicadores de las variables a estudiar. Con los ítems se podrá evaluar e identificar cuáles son los factores familiares que se relacionan con la adherencia en el tratamiento individualizado en pacientes multidrogosresistentes.

Los resultados obtenidos serán expresados en porcentajes llegando a conclusiones y recomendaciones. Este instrumento de recolección de datos ha sido elaborado de acuerdo al marco teórico conceptual que contiene los temas de factores familiares y su influencia en el, tratamiento individualizado en pacientes multidrogosresistente, estableciendo así una comunicación bidireccional , respetando su individualidad de la persona por el uso de lenguaje sencillo y que sea comprendido, para que así los pacientes puedan responder sin ningún inconveniente las preguntas del instrumento de evaluación.

El instrumento es de escala ordinal, el tiempo estimado de aplicación del instrumento es 20 minutos por persona.

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

**4.5.1. Autorización:** Se envió una solicitud a la Micro Red Los Olivos, para obtener la autorización o permiso para la ejecución de la investigación; a la vez se realizó las coordinaciones con la Licenciadas de Enfermería que están a cargo del Programa de Tuberculosis pulmonar para que nos facilitaran el registro de datos personales de los pacientes con tuberculosis multidrogoresistente.

Tiempo: El presente estudio de investigación se realizó o aplico en el mes de abril 2017.

#### **4.6 Procesamiento Estadístico y Análisis de Datos**

Para el procesamiento estadístico, Luego de recolectar los datos, estos fueron procesados mediante el paquete estadístico de Excel 2010. Los resultados fueron presentados en cuadros estadísticos para su análisis e interpretación respectiva. Luego, los datos fueron ingresados al programa estadístico SPSS (Statistical Package for Social Science) en su versión 23.0 para Windows, y para realizar la contrastación de hipótesis se aplicó la prueba estadística Chi-cuadrado( $X^2$ ) para determinar la relación de las variables de interés.

## V. RESULTADOS

**TABLA 5.1**

**RELACIÓN ENTRE FACTORES FAMILIARES Y EL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE EN LA MICRORED LOS OLIVOS 2017**

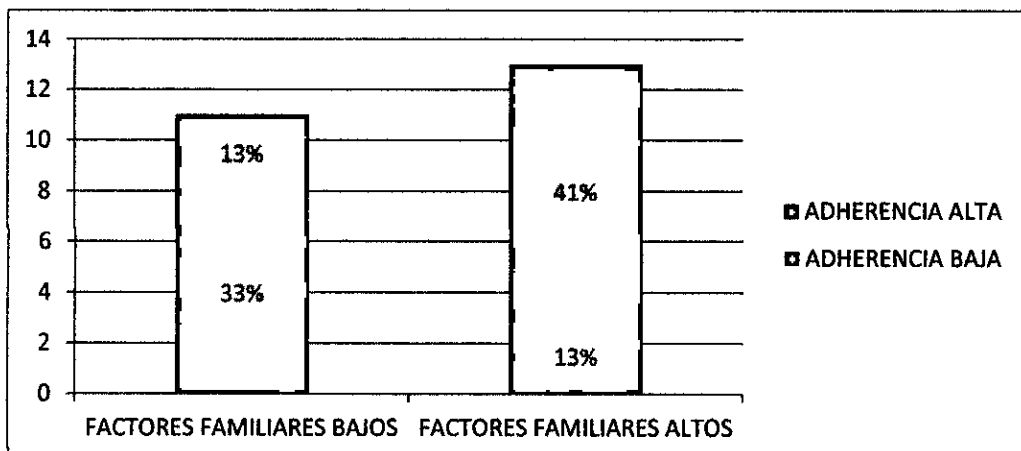
VARIABLES		ADHERENCIA				TOTAL	
		BAJO		ALTO			
		N	%	N	%	N	%
FACTORES FAMILIARES	BAJO	8	33	3	13	11	46
	ALTO	3	13	10	41	13	54
TOTAL		11	46	13	54	24	100

Fuente: Cuestionario y check list realizado en la en la Microred, Los Olivos 2017

Podemos observar que del 54% de pacientes que presentaron alto nivel de adherencia, el 41% presentan altos factores familiares y que del 46% que presentan bajo nivel de adherencia, el 33% presentan bajos factores familiares.

**GRAFICO 5.1**

**RELACIÓN ENTRE FACTORES FAMILIARES Y EL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE EN LA MICRORED LOS OLIVOS 2017**



Fuente: Cuestionario y check list realizado en la en la Microred, Los Olivos 2017

**TABLA 5.2**

**IDENTIFICACION DE FACTORES FAMILIARES SEGÚN DIMENSION PROTECCIÓN EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE EN LA MICRORED LOS OLIVOS 2017**

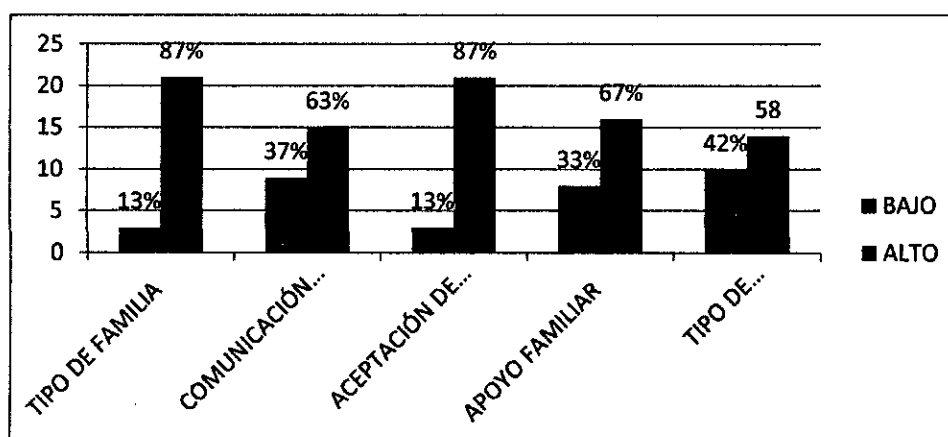
Fuente: Cuestionario realizado en la en la Microred, Los Olivos 2017

DE UNIDAD ESCALA	BAJO		ALTO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
	INDICADORES					
TIPO DE FAMILIA	3	13	21	87	24	100
COMUNICACIÓN INTRAFAMILIAR	9	37	15	63	24	100
ACEPTACIÓN DE PROBLEMAS INTERNOS.	3	13	21	87	24	100
APOYO FAMILIAR	8	33	16	67	24	100
TIPO DE ALIMENTACIÓN	10	42	14	58	24	100

Podemos observar que según la dimensión factores de protección el 87% de pacientes presentaron aceptación de problemas internos dentro de la familia mientras que el 13% no tienen dicho factor de protección. Y también se observa que el 87% el tipo de familia que tienen es un factor de protección sin embargo un 13% no presenta dicho factor.

**GRAFICO 5.2**

**IDENTIFICACION DE FACTORES FAMILIARES SEGÚN DIMENSION PROTECCIÓN EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE EN LA MICRORED LOS OLIVOS 2017**



Fuente: Cuestionario realizado en la en la Microred, Los Olivos 2017

**TABLA 5.3**

**IDENTIFICACION DE FACTORES FAMILIARES SEGÚN DIMENSIÓN  
RIESGO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS  
MULTIDROGORESISTENTE EN LA MICRORED LOS OLIVOS 2017**

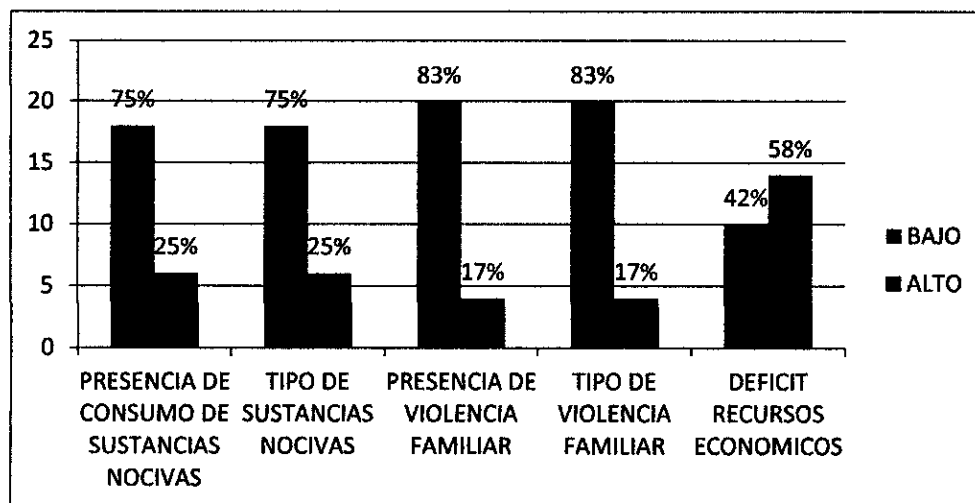
UNIDAD DE ESCALA INDICADORES	BAJO		ALTO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
PRESENCIA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS	18	75	6	25	24	100
TIPO DE SUSTANCIAS NOCIVAS	18	75	6	25	24	100
PRESENCIA DE VIOLENCIA FAMILIAR	20	83	4	17	24	100
TIPO DE VIOLENCIA FAMILIAR	20	83	4	17	24	100
DEFICIT RECURSOS ECONOMICOS	10	42	14	58	24	100

Fuente: Cuestionario realizado en la en la Microred, Los Olivos 2017

Podemos observar que según la dimensión factores de riesgo el 58 % de pacientes presentaron un déficit de recursos económicos mientras que el 42% cuentan con adecuados recursos económicos. Y también se observa que en un 17% presentaron violencia familiar y un 83% no presentaron dicho factor de riesgo.

**GRAFICO 5.3**

**IDENTIFICACION DE FACTORES FAMILIARES SEGÚN DIMENSIÓN  
RIESGO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS  
MULTIDROGORESISTENTE EN LA MICRORED LOS OLIVOS 2017**



Fuente: Cuestionario realizado en la en la Microred, Los Olivos 2017

**TABLA 5.4**



**IDENTIFICACION DEL NIVEL DE ADHERENCIA SEGÚN DIMENSION  
TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN PACIENTES  
CON TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE EN LA  
MICRORED LOS OLIVOS 017**

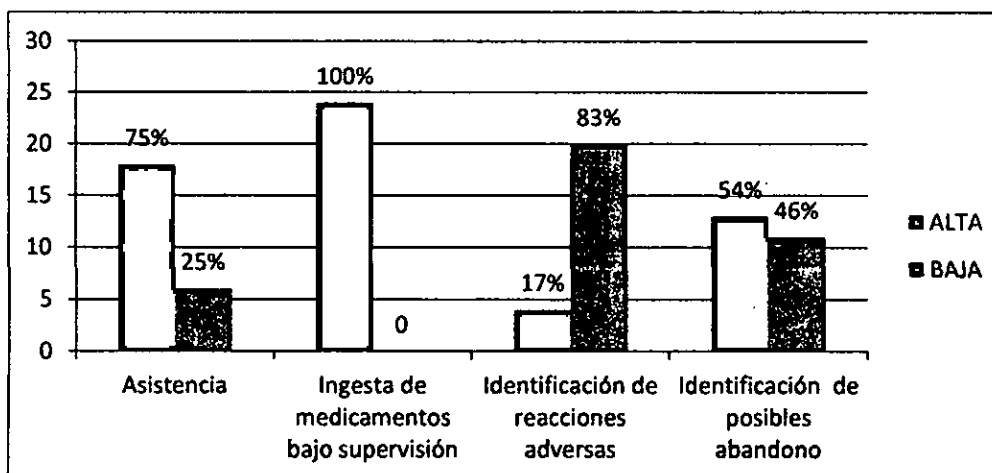
UNIDAD DE ESCALA INDICADORES	ALTA		BAJA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Asistencia	18	75	6	25	24	100
Ingesta de medicamentos bajo supervisión	24	100	0	0	24	100
Identificación de reacciones adversas	4	17	20	83	24	100
Identificación de posibles abandono	13	54	11	46	24	100

Fuente: Cuestionario y check list realizado en la en la Microred, Los Olivos 2017

Podemos observar que según la dimensión tratamiento farmacológico, el 100% de pacientes la ingesta de medicamentos es bajo supervisión, presentando alta adherencia al tratamiento. Sin embargo el 83% manifestaron identificar reacciones adversas al tratamiento, lo cual indica una baja adherencia al tratamiento.

**GRAFICO 5.4**

**IDENTIFICACION DEL NIVEL DE ADHERENCIA SEGÚN DIMENSION  
TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN PACIENTES  
CON TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE EN LA  
MICRORED LOS OLIVOS 2017**



Fuente: Cuestionario y check list realizado en la en la Microred, Los Olivos 2017

**TABLA 5.5**

**IDENTIFICACION DEL NIVEL DE AHERENCIA SEGÚN LA DIMENSION SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES AL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE EN LA MICRORED LOS OLIVOS 2017**

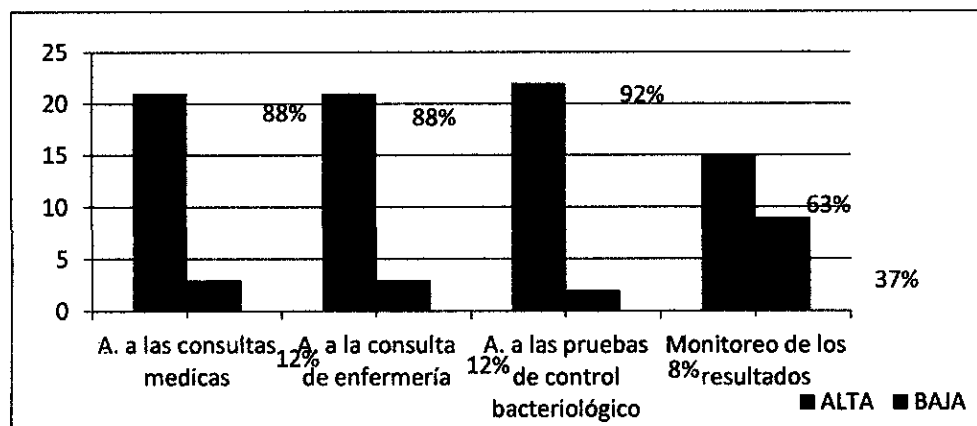
UNIDAD DE ESCALA / INDICADORES	ALTA		BAJA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Asistencia a las consultas medicas	21	88	3	12	10	100
Asistencia a la consulta de enfermería	21	88	3	12	10	100
Cumplimiento de control bacteriológico	22	92	2	8	10	100
Monitoreo de los resultados de baciloscopia	15	63	9	37	10	100

Fuente: Cuestionario y check list realizado en la en la Microred, Los Olivos 2017

Se puede observar que según la dimensión seguimiento, el 92% de los pacientes cumplían con el control bacteriológico solicitado por el personal de la estrategia, presentando una alta adherencia al tratamiento farmacológico. Sin embargo el 37% no realizaban un monitoreo de los resultados de baciloscopia, indicando que no presentaron conocimientos adecuados sobre este proceso.

**GRAFICO 5.5**

**IDENTIFICACION DEL NIVEL DE AHERENCIA SEGÚN LA DIMENSION SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES AL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE EN LA MICRORED LOS OLIVOS 2017**



Fuente: Cuestionario y check list realizado en la en la Microred, Los Olivos 2017

**TABLA 5.6**

**IDENTIFICACION DEL NIVEL DE AHERENCIA SEGÚN LA DIMENSION CONDUCTAS DE SALUD DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE EN LA MICRORED LOS OLIVOS 2017**

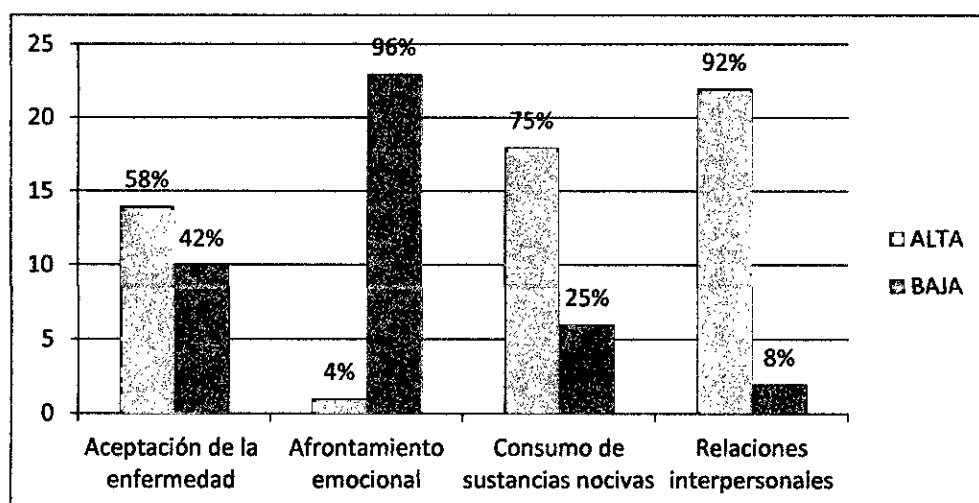
UNIDAD DE ESCALA	ALTA		BAJA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
INDICADORES						
Aceptación de la enfermedad	14	58	10	42	24	100
Afrontamiento de la enfermedad	1	4	23	96	24	100
Consumo de sustancias nocivas	18	75	6	25	24	100
Relaciones interpersonales	22	92	2	8	24	100

Fuente: Cuestionario realizado en la en la Microred, Los Olivos 2017

Se puede observar que según la dimensión conductas de salud, el 92% de pacientes presentaron buenas relaciones interpersonales, sin embargo el 96% presentaron una dificultad al afrontar la enfermedad lo cual nos indica una baja adherencia al tratamiento farmacológico.

**GRAFICO 5.6**

**IDENTIFICACION DEL NIVEL DE AHERENCIA SEGÚN LA DIMENSION CONDUCTAS DE SALUD DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE EN LA MICRORED LOS OLIVOS 2017**



Fuente: Cuestionario realizado en la en la Microred, Los Olivos 2017

## VI. DISCUSION DE RESULTADOS

### 6.1. CONTRASTACION DE LA HIPOTESIS CON LOS RESULTADOS

**H°:** Existe relación significativa entre los factores familiares y el nivel de adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes multidrogoresistente en la Microred los olivos, 2017.

**H1:** No existe relación significativa entre los factores familiares y el nivel de adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes multidrogoresistente en la Microred los olivos, 2017.

	Valor	Gi	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,916 <sup>a</sup>	1	,015		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	4,085	1	,043		
Razón de verosimilitud	6,168	1	,013		
Prueba exacta de Fisher				,038	,021
Asociación lineal por lineal	5,670	1	,017		
N de casos válidos	24				

DECISION, se determinó un valor de Chi-cuadrado de Pearson = 0.15 y un  $p = 0.021$ , siendo "p" menor de 0,05 se rechaza la hipótesis nula aceptando la hipótesis alterna.

CONCLUSION Existe relación significativa entre los "Factores Familiares y su relación con la Adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes multidrogoresistente en la Microred, Los Olivos 2017"

## **6.2. CONTRASTACIÓN DE LOS RESULTADOS CON OTROS ESTUDIOS SIMILARES**

El estudio realizado por Edwin Javier González Estévez, “factores asociados al abandono y adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes detectados en la unidades operativas del área de salud n° 1 Tulcán en el periodo de enero a junio del 2012”, se concluyó que 39% de pacientes tuvo una reacción negativa ante el diagnóstico de su enfermedad, lo que significa que los pacientes sienten negación ante su padecimiento de salud, y en relación a los factores familiares el 39% de los pacientes recibió alto apoyo familiar, 61% recibió bajo apoyo familiar. Nuestro estudio realizado coincide con Edwin Javier González Estévez en que existe un gran porcentaje siendo el 42% de pacientes que no presentan una aceptación a la enfermedad, ver (tabla 5.6). En cuanto a los factores familiares, el 67% presencio alto apoyo familiar y un 33% presento bajo apoyo familiar, ver tabla (5.2).

El estudio realizado por DEL PILAR QUEVEDO CRUZ, Luz Nancy, SÁNCHEZ REQUÍN, Ruth Liliana, VILLALBA PORRAS, Fiorella Katherine, VELÁSQUEZ CARRANZA Doris (2015) “Relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en centros de salud” se obtuvo que además un 81.8% de los pacientes presentaron un alto nivel de cumplimiento del tratamiento; con respecto al apoyo familiar un 36,4% de los pacientes presentan un bajo nivel de apoyo. Nuestro estudio coincide con Luz DEL PILAR QUEVEDO

CRUZ, Luz Nancy, SÁNCHEZ REQUÍN, Ruth Liliana, VILLALBA PORRAS, Fiorella Katherine, VELÁSQUEZ CARRANZA Doris que el 75% de los pacientes asistieron a la toma de medicamentos indicando una alta adherencia al tratamiento, y con respecto al apoyo familiar el 33% de los pacientes presentaron un bajo apoyo familiar, lo cual nos indica que los factores familiares es un eje importante en la recuperación del paciente, ya que el paciente se siente más confiado y motivado a culminar con su tratamiento.

El estudio realizado por SUÁREZ PONCE, Catherine Yesela (2015) "Adherencia al tratamiento y su relación con la participación de la familia en pacientes con tuberculosis en un centro de salud. 2014." Su objetivo fue objetivo 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 cual los resultados del estudio 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. En el cual concluyen que existe una relación significativa entre el nivel de adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis y el nivel de participación de la familia. Nuestro estudio coincide al concluir que existe relación directa entre los factores familiares y la adherencia al tratamiento antituberculoso, lo cual se enfatiza que la participación de la familia juega un papel importante en la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis.

## VII. CONCLUSIONES

1. Existe relación significativa entre factores familiares y el nivel de adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes con tuberculosis multidrogoresistente, demostrado con un Chi-cuadrado de Pearson = 0.15 y un  $p = 0.021$ .
2. En los pacientes multidrogoresistente existe mayor predominancia de los factores familiares de protección, dentro de estos el indicador que prevalece es la aceptación de problemas internos y el tipo de familia.
3. Dentro de los factores familiares de riesgo el indicador de mayor relevancia es el déficit económico con respecto al ingreso familiar mensual.
4. El nivel de adherencia en los pacientes multidrogoresistente es alta, dentro de ellos el indicador que más destaca es el tratamiento supervisado directamente en boca (DOT), otro indicador de relevancia es la identificación de reacciones adversas a los fármacos, el cual es un riesgo para mantener la adherencia al tratamiento.

## **VIII. RECOMENDACIONES**

1. Fortalecer los lazos de apoyo en la familia a través de la educación y sensibilización sobre la incorporación de la familia durante la recuperación de pacientes multidrogoresistente en la Microred Los Olivos.
2. Fortalecer los factores familiares de protección que favorecen a la adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes multifrogoresistente en la Microred Los Olivos.
3. Disminuir los factores familiares de riesgo, favoreciendo un entorno saludable para el paciente.
4. Fomentar la adherencia mediante la educación constante por todo el equipo multidisciplinario que intervienen en la recuperación del paciente multifrogoresistente en la Microred Los Olivos.



## IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 organización mundial de la salud. WHO Media centre. [Online].; 2016 . [cited 2017 ENERO 31. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>.
- 2 Organización Panamericana de la Salud, Organización de la Salud. . [www.paho.org/](http://www.paho.org/). [Online].; 2014 [cited 2017 enero 31. Available from: <http://www.paho.org/bireme/images/32015-cha-hoja-informativa-situacion-tb-americas.pdf?ua=1>.
- 3 NORIEGA JV. Salud y Sociedad. [Online].; 2015 [cited 2017 enero 31. . Available from: <http://www.smprovida.com/descargas/revistas/revista653.1.pdf>.
- 4 Asalde CB. Situación de la tuberculosis en el Perú. [Online].; 2008 [cited . 2017 febrero 1. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v25n3/a09v25n3.pdf>.
- 5 Ministerio de salud. NORMA TECNICA DE SALUD PARA LA ATENCION . INTEGRAL DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS. 2013. NTS N°104- MINSA/DGSP V.01.
- 6 Hernández DFP. GACETA MÉDICA ESPIRITUANA. [Online].; 2002 . [cited 2017 FEBRERO 04. Available from: [http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.4.\(1\)\\_06/p6.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.4.(1)_06/p6.html).
- 7 DÁVILA SM. <http://repositorio.utn.edu.ec/>. [Online].; 2012 [cited 2017 . febrero 05. Available from: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/2056/2/06%20ENF%20514%20INFORME%20FINAL%20DE%20TESIS.pdf>.
- 8 Montaña LMM. [bdigital.unal](http://bdigital.unal.edu.co/). [Online].; 2014 [cited 2017 febrero 05 . [Evaluación de la adherencia al tratamiento]. Available from: <http://www.bdigital.unal.edu.co/12605/1/599640.2014.pdf>.
- 9 Ponce CYS. <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/>. [Online].; 2015 [cited 2017 . febrero 04. Available from:

[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4220/1/Su%C3%A1rez\\_pc.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4220/1/Su%C3%A1rez_pc.pdf).

1 Luz Nancy del Pilar Quevedo Cruz RLSRFKVPDVC. Revista Enfermería Herediana. [Online].; 2015 [cited 2017 febrero 05. Available from: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/view/2536/2448>.

1 ♣ Arriola Huerta Patricia CCTQFGTDC. faenf.cayetano.edu.pe. [Online].; 2008 [cited 2017 marzo 01. Available from: <http://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2011/febrero/07%20ANTITUBERCULOSO.pdf>.

1 Ministerio de Salud. minsa. [Online].; 2011 [cited 2017 febrero 05. Available from: <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2011/saludfamiliar/>.

1 Díaz RMU. venumperu. [Online].; 2002 [cited 2017 febrero 06. Available from: [http://www.venumperu.com/friesgo\\_cap5\\_p130\\_169.pdf](http://www.venumperu.com/friesgo_cap5_p130_169.pdf).

1 Archivos en Medicina Familiar. medigraphic.com. [Online].; 2005 [cited 2017 febrero 05. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2005/amfs051c.pdf>.

1 elena C. MedicoFamiliares.com. [Online].; 2017 [cited 2017 febrero 05. Available from: <http://www.medicosfamiliares.com/familia/clasificacion-o-tipologia-de-la-familia.html>.

1 MARIANA ISABEL PALADINES GUAMÁN MNQG. dspace.ucuenca.edu.pe. [Online].; 2010 [cited 2017 febrero 05. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2267/1/tps602.pdf>.

1 Domínguez-Vásquez P. OS,SJ. <http://repositorio.uchile.cl/>. [Online].; 2004 [cited 2017 febrero 05. Available from: [http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/123925/Dominguez\\_p.pdf?sequence=1](http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/123925/Dominguez_p.pdf?sequence=1).

1 dinoalasdrogas. dinoalasdrogas. [Online].; 2014 [cited 2017 febrero 05.  
8 Available from: [https://dinoalasdrogas.com/consecuencias-familiares-  
del-consumo-de-drogas/](https://dinoalasdrogas.com/consecuencias-familiares-del-consumo-de-drogas/).

1 CORSINO EL. USO Y ABUSO DE DROGAS. [Online].; 2000 [cited 2017  
9 febrero 05. Available from:  
· <http://www.saludmed.com/Salud/Drogas/Drogas.html>.

2 inei. violencia familiar. [Online].; 2015 [cited 2017 febrero 05. Available  
0 from:  
· [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_ digitales/  
Est/Lib1339/cap05.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1339/cap05.pdf).

2 cursos.aiu.edu/. problemas economicos. [Online].; 2010 [cited 2017  
1 febrero 05. Available from:  
· [http://cursos.aiu.edu/PROBLEMAS%20SOCIALES%20CONTEMPORA  
NEOS/9/PDF/problemas%20sociales%20contemporaneos%20Sesion  
%209.pdf](http://cursos.aiu.edu/PROBLEMAS%20SOCIALES%20CONTEMPORANEOS/9/PDF/problemas%20sociales%20contemporaneos%20Sesion%209.pdf).

2 González AMG. SCIELO. [Online].; 2003 [cited 2017 FEBRERO 05.  
2 Available from:  
· [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-  
34662003000400011](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000400011).

2 Organizacion Mundial de la Salud. who.int. [Online].; 2017 [cited 2017  
3 febrero 05. Available from: <http://www.who.int/topics/tuberculosis/es/>.

2 Barroso AR. mailxmail. [Online].; 2010 [cited 2017 febrero 05. Available  
4 from: [http://www.mailxmail.com/curso-tuberculosis-  
sociedad/tuberculosis-cuadro-clinico-clasificacion](http://www.mailxmail.com/curso-tuberculosis-sociedad/tuberculosis-cuadro-clinico-clasificacion).

2 equipo de NAM y gtt. grupo de trabajo sobre tratamientos del VIH.  
5 [Online].; 2010 [cited 2017 FEBRERO 05. Available from: [http://gtt-  
vih.org/aprende/enfermedades\\_y\\_sintomas/vih\\_y\\_tuberculosis/transmis  
ion\\_de\\_la\\_tuberculosis](http://gtt-vih.org/aprende/enfermedades_y_sintomas/vih_y_tuberculosis/transmision_de_la_tuberculosis).

2 Centros para de control y Prevencion de Enfermedades. Centros para  
6 de control y Prevencion de Enfermedades. [Online].; 2016 [cited 2017  
febrero 05. Available from:  
· <https://www.cdc.gov/tb/esp/topic/testing/diagnosingltbi.htm>.

2 Cruz ES. medigraphic. [Online].; 2010 [cited 2017 febrero 08. Available  
7 from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene122i.pdf>.

2 Palmero DD. scielo. [Online].; 2009 [cited 2017 febrero 05. Available  
8 from: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0025-76802010000500005](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802010000500005).

2 Colomer C ADC. wikipwdia. [Online].; 2001 [cited 2017 febrero 05.  
9 Available from: [https://es.wikipedia.org/wiki/Promoci%C3%B3n\\_de\\_la\\_salud](https://es.wikipedia.org/wiki/Promoci%C3%B3n_de_la_salud).

3 psicología edpy. psicopsi. [Online].; 2016 [cited 2017 febrero 05.  
0 Available from: <http://www.psicopsi.com/Resignacion-aceptacion-de-enfermedad>.

3 John E. Oeltmann. dmedicina. [Online].; 2009 [cited 2017 febrero 05.  
1 Available from: <http://www.dmedicina.com/enfermedades/viajero/2009/01/27/abuso-alcohol-drogas-dificulta-terapia-tb-11216.html>.

3 Hoyos GPA. scielo. [Online].; 2011 [cited 2017 febrero 06. Available from:  
2 <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n4/v8n4a3.pdf>.

3 Clinica Universidad de Navarra. diccionario medico. [Online].; 2015 [cited  
3 2017 febrero 07. Available from: <http://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/bacilo-koch-mycobacterium-tuberculosis>.

3 Carreño MEH. <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/>. [Online].; 2014 [cited  
4 2017 febrero 05. Available from: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3954/1/Hora\\_cm.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3954/1/Hora_cm.pdf).



<p><b>Problema específico</b> ¿Cuáles son los factores familiares que se relacionan con el nivel de adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes multidrogor resistente, en la Microred, los Olivos?</p> <p>¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes multidrogor resistente, en la Microred, los Olivos?</p>	<p><b>Objetivos específicos</b> Identificar los factores familiares que se relacionan con el nivel de adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes multidrogor resistente, en la Microred, los Olivos.</p> <p>Evaluar el nivel de adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes multidrogor resistente, en la Microred, los Olivos.</p>	<p><b>Hipótesis específica:</b> No existe relación significativa entre los factores familiares y el nivel de adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes multidrogor resistente, en la Microred, los Olivos.</p>	<p><b>Variable y:</b> Adherencia al tratamiento antituberculoso.</p>	<p>Tratamiento farmacológico</p> <p>Seguimiento</p> <p>Conductas de salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Asistencia de medicamentos bajo supervisión.</li> <li>-Identificación de reacciones adversas.</li> <li>-Asistencia a las consultas médicas.</li> <li>-Asistencia a la consulta de enfermería</li> <li>-Cumplimiento de control bacteriológico</li> <li>-Monitoreo de los resultados bacteriológicos.</li> <li>- Aceptación de la enfermedad</li> <li>-Afrontamiento emocional</li> <li>-Consumo de sustancias nocivas</li> <li>-Relaciones interpersonales.</li> </ul>	<p><b>Población:</b> Está conformada por 30 pacientes que reciben tratamiento</p> <p><b>Muestra:</b> No probabilística, que debido a los criterios de exclusión se consideró a un total de 24 pacientes con tuberculosis multidrogor resistente.</p> <p><b>Técnica e instrumento:</b> Se utilizó como técnica la encuesta y la observación, como instrumento se aplicó un cuestionario de 21 ítems y un check list de 4 ítems.</p> <p><b>Procesamiento de recolección de datos:</b> Se envió una solicitud a la Micro Red Los Olivos; a la vez se coordinó con la Licenciadas a cargo del Programa tuberculosis.</p> <p><b>Procesamiento estadístico y análisis de datos:</b> Fueron procesados mediante el paquete estadístico de Excel 2010. Los resultados fueron presentados en cuadros estadísticos para su análisis e interpretación respectiva. Luego, los datos fueron ingresados al programa estadístico SPSS y para realizar la contrastación de hipótesis se aplicó la prueba estadística Chi-cuadrado(<math>X^2</math>)</p>
---	--	---	--	---	--	---

## ANEXO 2

### CUESTIONARIO APLICADO A PACIENTES CON TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE DE LA MICRORED LOS OLIVOS

**TÍTULO:** Factores familiares y su relación con el nivel de adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes multidrogoresistente, en la Microred Los Olivos, 2017

**OBJETIVO:** Recoger información sobre factores familiares y su relación con el nivel de adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes Multidrogoresistente.

#### INSTRUCCIONES:

Lea detenidamente cada pregunta y responda con una (X) la alternativa que usted crea conveniente.

#### I. DATOS GENERALES:

##### 1. Edad:

- a) 18 – 28 años ( )
- b) 29 – 38 años ( )
- c) 39 – 48 años ( )
- d) 49 – 58 años ( )
- e) > 58 años ( )

##### 2. Sexo:

- a) Femenino ( )
- b) Masculino ( )

##### 3. Rol familiar:

- ( ) Padre/madre ( ) Hija/a ( ) Tío/a ( ) Abuela/o
- ( ) Otros

#### II. VARIABLES

##### a) Factores Familiares

##### 4. ¿Usted, a qué tipo de familia pertenece?

- a) Nuclear ( )
- b) Extensa ( )
- c) Monoparental ( )

##### 5. ¿Con qué frecuencia, usted establece comunicación con los miembros de su familia?

- a) siempre ( )
- b) A veces ( )
- c) Nunca ( )

##### 6. Al enterarse del diagnóstico de su enfermedad, ¿cuál fue la reacción de su familia?

- a) Apoyo total ( )
- b) Apoyo parcial ( )
- c) Indiferencia ( )
- d) Rechazo total ( )

7. ¿De qué forma apoya la familia en su tratamiento?

- a) apoyo económico ( )
- b) apoyo alimenticio ( )
- c) apoyo emocional ( )

8. ¿Su familia, qué tipo de alimento consume con mayor frecuencia durante la semana?

- a) alimentación balanceada ( )
- b) alimentación rica en proteínas (huevos, aves, pescados, carnes, productos lácteos, frutos secos) ( )
- c) alimentación rica en grasas (aceites, mantequilla, margarinas, frituras, carnes y sus derivados. ( )
- d) alimentación rica en carbohidratos (arroz, papa, avena, azúcar, pasta) ( )

9. ¿Algún miembro de su familia consume sustancias nocivas?

- a) Padre y/o madre ( )
- b) Hermanos ( )
- c) Otro familiar ( )
- d) ninguno ( )

10. si algún miembro de la familia consume sustancias nocivas, señale el tipo.

- a) Alcohol ( )
- b) Drogas ( )
- c) Cigarrillos ( )
- d) ninguno ( )

11. ¿Recibe usted violencia por parte de su familia?

- a) siempre ( )
- b) a veces ( )
- c) nunca ( )

12.- Si recibe algún tipo de violencia ¿Qué tipo de violencia es?

- a) violencia psicológica y/o verbal ( )
- b) violencia física ( )
- c) violencia sexual ( )
- d) ninguno ( )

13.- ¿Cuánto es el ingreso promedio económico mensual de la familia?

- a) ≤ 750 soles ( )



- b) 751 -1000 soles ( )
- c) 1001 – 2000 soles ( )
- d) > 2000 soles ( )

**b) Adherencia al tratamiento**

14. ¿Usted es consiente y acepta como tal su enfermedad?

- a) siempre ( )
- b) a veces ( )
- c) nunca ( )

15. ¿Le cuesta afrontar su enfermedad?

- a) siempre ( )
- b) a veces ( )
- c) nunca ( )

16. ¿Cómo recibe usted, el tratamiento para la tuberculosis en su centro de salud?

- a) supervisado ( )
- b) no supervisado ( )

17. ¿Usted ha percibido alguna reacción adversa, durante el tratamiento?

- a) siempre ( )
- b) a veces ( )
- c) nunca ( )

18. ¿Porque motivos usted dejaría el tratamiento?

- a) reacciones adversas ( )
- b) duración del tratamiento ( )
- c) cantidad de pastillas y/o inyecciones ( )
- d) otro motivo ( )
- e) ningún motivo ( )

19. ¿Usted está pendiente de sus resultados de baciloscopia?

- a) siempre ( )
- b) a veces ( )
- c) nunca ( )

20. ¿Usted consume bebidas alcohólicas, actualmente?

- a) siempre ( )
- b) a veces ( )
- c) nunca ( )

21. ¿Cómo considera su relación con su entorno?

- a) buena ( )
- b) regular ( )
- c) mala ( )

### ANEXO 3

#### CHECK LIST

Nº:..... Centro de salud:.....

IT E M	PREGUNTA	CONDICIÓN		OBSERVACIONES
		regular	irregular	
22	ASISTENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO. <b>Asistencia regular:</b> asiste a todas las fechas programadas o falta al menos de 2 días seguidos o 4 días en un mes. <b>Irregularidad al tratamiento:</b> No asiste 3 días o 5 dosis en un mes.			
23	ASISTENCIA A LAS CONSULTAS MÉDICAS. De acuerdo al tiempo de enfermedad. <b>Asistencia regular:</b> asiste a todas las consultas programadas. <b>Asistencia irregular:</b> faltó a una de sus consultas.			
24	ASISTENCIA A LA CONSULTA DE ENFERMERÍA. De acuerdo al tiempo de enfermedad. <b>Asistencia regular:</b> asiste a todas las consultas programadas. <b>Asistencia irregular:</b> falta por lo menos a una de sus consultas programadas.			
25	CONTROL BACTERIOLÓGICO. <b>Asistencia regular:</b> cumple con el control bacteriológico requerido por el personal de salud. <b>Asistencia irregular:</b> ausencia de por lo menos un control bacteriológico.			

Elaboración propia 2017

\_\_\_\_\_  
Firma y sello

## **ANEXO 4**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

#### **ESTUDIO: FACTORES FAMILIARES Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES MULTIDROGORESISTENTE, EN LA MICRORED, LOS OLIVOS 2017**

##### **1. OBJETIVO:**

Magaly Mayra Huamán Jiménez y Jessica Mori Mamani, Bachilleres en Enfermería de la Universidad Nacional del Callao, nos encontramos realizando un estudio de investigación para conocer qué relación los factores familiares y la adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes multidrogoresistente en la Microred los olivos, 2017.

El estudio tiene como propósito relacionar los factores familiares y el nivel de adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes multidrogoresistente, ya que consideramos que la familia es uno de los elementos que contribuye a la formación de actitudes y comportamientos de una persona a un proceso patológico, y que la adherencia es considerada como el principal objetivo para el control de la tuberculosis, contribuyendo así a la eficacia de los programas nacionales a reducir el riesgo de transmisión del mycobacterium tuberculosis y la probabilidad de resistencia bacteriana a los antibióticos, que puede predisponer a una mayor frecuencia de recaídas y fracasos.

##### **2. PROCEDIMIENTO:**

La participación en este proyecto es voluntaria y anónima, la información que se recoja será confidencial y no se usara para otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tuviera alguna duda sobre este estudio, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él, igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna pregunta durante la encuesta le parece incomoda lo hará saber al investigador o de no responderla. Al aceptar su participación procederá a llenar un cuestionario de 24 ítems el cual tendrá una duración de 20 minutos aproximadamente.

##### **3. RIESGOS Y BENEFICIOS:**

La participación en el estudio, no presentará ningún riesgo o incomodidad a su persona, su participación será confidencial y voluntaria, su participación podrá contribuir a conocer la relación que existe entre los factores familiares

y la adherencia en el tratamiento antituberculoso en pacientes multidrogoresistente.

#### 4. COSTOS:

El estudio lo compensara con un significativo aperitivo en retribución a su tiempo y colaboración con el proyecto.

#### 5. FIRMA DEL PARTICIPANTE:

Se me ha explicado minuciosamente los objetivos y procedimientos del estudio, y han sido absueltas dudas de forma clara y oportuna por tanto firmo este documento voluntariamente autorizando mi participación en esta investigación teniendo la confianza de que la información que brindo en el cuestionario será utilizada con la máxima confidencialidad.

.....	.....	.....
NOMBRE DEL PARTICIPANTE	FIRMA	FECHA

#### 6. FIRMA DEL INVESTIGADOR:

Investigador 1:

.....	.....	.....
NOMBRE DEL INVESTIGADOR	FIRMA	FECHA

Investigador 2:

.....	.....	.....
NOMBRE DEL INVESTIGADOR	FIRMA	FECHA

## ANEXO 5

### JUICIO DE EXPERTOS

#### PRUEBA BINOMIAL

ITEM	N° DE EXPERTOS							TOTAL	P
	1	2	3	4	5	6	7		
1	1	1	1	1	1	1	1	7	0.0078125
2	1	1	1	1	1	1	1	7	0.0078125
3	1	1	1	1	1	1	1	7	0.0078125
4	1	1	1	1	1	1	1	7	0.0078125
5	1	1	1	1	1	1	1	7	0.0078125
6	1	1	1	1	1	1	1	7	0.0078125
7	1	1	1	1	1	1	1	7	0.0078125
8	0	0	0	0	0	0	0	7	0.0078125
9	0	0	0	0	0	0	0	7	0.0078125
10	1	1	1	1	1	1	1	7	0.0078125
11	1	1	1	1	1	1	1	7	0.0078125
									0.0859375
									P= 0.0122767

Para validar el instrumento se realizó el juicio de expertos y los resultados fueron sometidos a una prueba binomial. En los resultados se observa que  $p < 0.05$  (error de significancia máxima). lo que significa que el instrumento es válido y confiable.

## ANEXO 6

### TABLA DE MATRIZ

#### FACTORES FAMILIARES

PACIENTES	ITEMS										TOTAL	CATEGORIA
	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	4	Riesgo
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9	Protector
3	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	8	Protector
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9	Protector
5	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	7	Protector
6	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	4	Riesgo
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	Protector
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9	Protector
9	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	8	Protector
10	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	6	Riesgo
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	Protector
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	Protector
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	Protector
14	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	6	Riesgo
15	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	7	Protector
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	Protector
17	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	6	Riesgo
18	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9	Protector
19	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	7	Protector
20	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	7	Protector
21	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	6	Riesgo
22	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	6	Riesgo
23	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	4	Riesgo
24	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	4	Riesgo

CATEGORIAS:

0=riesgo 1=protector

## ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

PACIENTES	ITEMS												TO TAL	CATEGORI A
	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25		
1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	5	Baja
2	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	6	Baja
3	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	8	Alta
4	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	8	Alta
5	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	10	Alta
6	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	7	Baja
7	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	10	Alta
8	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	9	Alta
9	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	9	Alta
10	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	6	Baja
11	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	8	Baja
12	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	10	Alta
13	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	11	Alta
14	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	4	Baja
15	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	9	Alta
16	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	8	Baja
17	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	10	Alta
18	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	7	Baja
19	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	8	Baja
20	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	10	Alta
21	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	10	Alta
22	1	0	1	1	1	1	1	1		1	1	1	10	Alta
23	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	8	Baja
24	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	Baja

CATEGORIAS:

0= Baja adherencia 1= Alta Adherencia

**ANEXO 7**

**TABLAS COMPLEMENTARIAS**

**TABLA Nº 7.1**

**PRUEBA DE CHI-CUADRADO**

	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,916 <sup>a</sup>	1	,015		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	4,085	1	,043		
Razón de verosimilitud	6,168	1	,013		
Prueba exacta de Fisher				,038	,021
Asociación lineal por lineal	5,670	1	,017		
N de casos válidos	24				

**TABLA Nº 7.2**

**TABLA CRUZADA DE FACTORES FAMILIARES Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO**

		ADHERENCIA		Total
		BAJO	ALTO	
FACTORES FAMILIARES	BAJO	8	3	11
	ALTO	3	10	13
Total		11	13	24



TABLA N°7.3

EDAD DE LOS PACIENTES MULTIDROGORESISTENTE DE LA MICRORED LOS OLIVOS 2017

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	18-28	12	50,0	50,0	50,0
	29-38	4	16,7	16,7	66,7
	39-48	4	16,7	16,7	83,3
	49-58	4	16,7	16,7	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario realizado en la en la Microred, Los Olivos 2017

TABLA N° 7.4

SEXO DE LOS PACIENTES MULTIDROGORESISTENTE DE LA MICRORED LOS OLIVOS 2017

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	FEMENINO	5	20,8	20,8	20,8
	MASCULINO	19	79,2	79,2	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario realizado en la en la Microred, Los Olivos 2017

TABLA N° 7.5

ROL FAMILIAR DE LOS PACIENTES MULTIDROGORESISTENTE DE LA MICRORED LOS OLIVOS 2017

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	PADRES	10	41,7	41,7	41,7
	HIJO	11	45,8	45,8	87,5
	4	3	12,5	12,5	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario realizado en la en la Microred, Los Olivos 2017