



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE
LA SALUD**

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

TESIS

**“PARTICIPACIÓN FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DEL
PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN MICROREDES
DE LA RED DE SALUD AREQUIPA-CAYLLOMA,
AREQUIPA, 2018”**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA DE ENFERMERÍA

PRESENTADO POR:

SHARON NOHELY CONDORI CARCASI

ASESOR

MG. HORTENCIA VIRGINIA PERALTA TRESIERRA

AREQUIPA – PERÚ, DICIEMBRE 2018

DEDICATORIA

En primer lugar a Dios que en su infinita misericordia permitió que logre este trabajo.

A mi madre Carmen Rosa, por su amor y apoyo en todo momento.

A mi hermana Nadel, por su apoyo incondicional en todo momento.

A los establecimientos de salud por permitirme realizar la presente investigación.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios, por iluminar mis días y por haberme dado fuerzas para poder culminar este trabajo de investigación.

A la Universidad Alas Peruanas, por ser mi Alma Mater.

A la Mg. Hortencia Virginia Peralta Tresierra, Asesora de la presente investigación.

A los Centros de salud que me brindaron facilidades para la realización de la presente investigación

A los pacientes del Programa de Control de Tuberculosis de la Red de Salud Arequipa–Caylloma.

RESUMEN

La investigación realizada tuvo como **objetivo**: determinar la relación entre la participación familiar y la adherencia al tratamiento del paciente con tuberculosis pulmonar en Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma, Arequipa 2018. La **metodología** es de enfoque cuantitativo, descriptivo correlacional de corte transversal. Población constituida por 70 pacientes de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis en las Microredes de la Red de Salud Arequipa–Caylloma. Realizado bajo el enfoque de Dorothea E. Orem y Elizabeth Anderson. Se aplicó un cuestionario para ambas variables donde se evaluó la participación familiar y su relación con la adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis pulmonar. **Resultados**: el 71.4% de paciente son de sexo masculino, el 52.9% presenta una edad de 21 a 40 años, el 48.6% solteros, el 61.4% provienen de la ciudad de Arequipa, el 48.6% tienen grado de instrucción secundaria, el 47.1% son de ocupación dependiente, el 41.4% los padres son el sustento del hogar; el 44.3% tienen un nivel muy favorable en relación a la participación familiar de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar, el 39.1% reciben apoyo afectivo muy favorable, el 29% reciben apoyo emocional muy favorable, el 40.6% reciben apoyo socioeconómico muy favorable, lo que coadyuva a una alta adherencia al tratamiento, La adherencia al tratamiento en los pacientes es alta con el 67.1%.

Conclusiones: Existe relación significativa entre la participación familiar y la adherencia al tratamiento del paciente con tuberculosis pulmonar.

PALABRAS CLAVE: Tuberculosis pulmonar, participación de la familia, adherencia al tratamiento.

ABSTRACT

The objective of the research was to determine the relationship between family participation and adherence to the treatment of patients with pulmonary tuberculosis in Microredes of the Arequipa-Caylloma Health Network, Arequipa 2018. The methodology is a quantitative, descriptive, cross-sectional correlative approach. . Population made up of 70 patients from the Health Strategy for Prevention and Control of Tuberculosis in Micro Networks of the Arequipa - Caylloma Health Network. Made under the approach of Dorothea E. Orem and Elizabeth Anderson. A questionnaire was applied for both variables in which family participation and its relationship with adherence to treatment of patients with pulmonary tuberculosis was evaluated. Results: 71.4% of patients are male, 52.9% have an age of 21 to 40 years, 48.6% are single, 61.4% come from the city of Arequipa, 48.6% have secondary education, 47.1% % are of dependent occupation, 41.4% of the parents are the support of the household; 44.3% have a very favorable level in relation to the family participation of patients with Tuberculosis Pulmonary, 39.1% receive very favorable affective support, 29% receive very favorable emotional support, 40.6% receive very favorable socioeconomic support, which contributes to a high adherence to treatment. Adherence to treatment in patients is high with 67.1%.

Conclusions: There is a significant relationship between family participation and adherence to the treatment of patients with pulmonary tuberculosis.

KEY WORDS: Pulmonary tuberculosis, family participation, adherence to treatment.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
RESUMEN.....	iv
ABSTRACT.....	v
ÍNDICE	¡Error! Marcador no definido.
ÍNDICE DE TABLAS	viii
INTRODUCCIÓN.....	x
CAPÍTULO I.....	1
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	4
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	5
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	6
1.5. LIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	7
CAPÍTULO II.....	8
MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	8
2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	8
2.1.1. A NIVEL INTERNACIONAL.....	8
2.1.2. A NIVEL NACIONAL.....	10
2.1.3. A NIVEL LOCAL	12
2.2. BASE TEÓRICA.....	15
2.2.1. TEORÍAS DE ENFERMERÍA	15
2.2.2. PARTICIPACIÓN FAMILIAR	27
2.2.3. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO	35
2.2.4. TUBERCULOSIS PULMONAR	49
2.2.5. ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA A LA PERSONA CON TUBERCULOSIS PULMONAR	55
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	61
2.4. HIPÓTESIS	63
2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL	63

2.4.2.	HIPÓTESIS ESPECIFICAS.....	63
2.5.	VARIABLES	65
2.5.1.	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	67
2.5.2.	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE.....	67
2.5.3.	OPERALIZACIÓN DE VARIABLES	69
2.5.4.	OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES INTERVINIENTES.....	70
CAPÍTULO III	.....	71
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	.....	71
3.1.	TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	71
3.1.1.	TIPO DE INVESTIGACIÓN	71
3.1.2.	NIVEL DE INVESTIGACIÓN	71
3.1.3.	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	72
3.2.	DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN	72
3.3.	POBLACIÓN	75
3.3.1.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	76
3.3.2.	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	76
3.4.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	76
3.4.1.	TÉCNICAS.....	76
3.4.2.	INSTRUMENTOS	77
3.5.	VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO	79
3.6.	PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS.....	79
CAPÍTULO IV	.....	81
RESULTADOS	.....	81
CAPÍTULO V	.....	95
DISCUSIÓN	.....	95
CONCLUSIONES	.....	99
RECOMENDACIONES	.....	100
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	.....	102
ANEXOS	.....	112

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Pág. 84

Distribución de frecuencias sobre las características personales de los pacientes con tuberculosis pulmonar en las Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma, Arequipa, 2018.

Tabla 2 Pág.85

Distribución de frecuencias sobre el nivel de participación familiar de los pacientes con tuberculosis pulmonar en las Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma, Arequipa, 2018.

Tabla 3 Pág. 86

Distribución de frecuencias sobre el nivel de apoyo afectivo de los pacientes con tuberculosis pulmonar en las Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma, Arequipa, 2018.

Tabla 4 Pág. 87

Distribución de frecuencias sobre el nivel de apoyo emocional de los pacientes con tuberculosis pulmonar en las Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma, Arequipa, 2018.

Tabla 5 Pág. 88

Distribución de frecuencias sobre el nivel de apoyo socioeconómico de los pacientes con tuberculosis pulmonar en las Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma, Arequipa, 2018.

Tabla 6 Pág. 89

Distribución de frecuencias sobre la adherencia farmacológica de los pacientes con tuberculosis pulmonar en las Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma, Arequipa, 2018.

Tabla 7 Pág. 90

Distribución de frecuencias sobre la adherencia a las medidas preventivas de los pacientes con tuberculosis pulmonar en las Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma, Arequipa, 2018.

Tabla 8 Pág. 91

Distribución de frecuencias sobre la adherencia alimentaria de los pacientes con tuberculosis pulmonar en las Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma, Arequipa, 2018.

Tabla 9 Pág. 92

Distribución de frecuencias sobre la adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis pulmonar en las Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma, Arequipa, 2018.

Tabla 10 Pág. 93

Correlación entre apoyo afectivo y adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis pulmonar en las Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma, Arequipa, 2018.

Tabla 11 Pág. 94

Correlación entre apoyo emocional y adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis pulmonar en las Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma, Arequipa, 2018.

Tabla 12 Pág. 95

Correlación entre apoyo socioeconómico y adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis pulmonar en las Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma, Arequipa, 2018.

Tabla 13 Pág. 96

Correlación entre participación familiar y adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis pulmonar en las Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma, Arequipa, 2018.

INTRODUCCIÓN

La participación de la familia en pacientes con tuberculosis pulmonar se define como la intervención de la familia en la toma de decisiones y responsabilidades en el cuidado del miembro de la familia con tuberculosis, lo que implica involucrarse en el cuidado del paciente brindando el soporte y acompañamiento psico-afectivo y social y este influya en la adherencia del tratamiento, controles médicos, cumplimiento de medidas de bioseguridad, promoviendo el autocuidado y la práctica de los hábitos y estilos de vida que se quieren modificar o mejorar.

La tuberculosis pulmonar es un problema de salud pública en todo el mundo. De acuerdo a la OMS, la tuberculosis es una de las 10 principales causas de mortalidad en el mundo en el 2016, 10,4 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,7 millones murieron a causa de esta enfermedad (entre ellos, 0,4 millones de personas con VIH). Asimismo, más del 95 % de las muertes por tuberculosis se producen en países de ingresos bajos y medianos.

Según la Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis (DPCTB) del Ministerio de Salud en el País, en el 2017 se registraron 31087 casos de Tuberculosis.

La problemática social de esta enfermedad actualmente se centra en el riesgo de incumplimiento terapéutico y su posible influencia negativa tanto en la salud del paciente como en el control de la enfermedad desde el punto de vista de la salud pública.

Así mismo, sabiendo que el entorno afectivo y social (conyugue o compañero (a), hijos, miembros de la familia o parientes, amigos, vecinos), que rodea al paciente influye sobre las decisiones que tomaría con respecto al cumplimiento del tratamiento de la enfermedad. El personal de Enfermería se encuentra en mayor contacto con el paciente durante todo el proceso de su tratamiento y; por ello, contará con la mejor oportunidad de conversar con él sobre su enfermedad, reacciones adversas, controles mensuales, y el seguimiento luego del alta.

Se realiza el presente trabajo con el objetivo de determinar la participación familiar y adherencia al tratamiento del paciente con tuberculosis pulmonar, con el propósito de proporcionar información valedera y significativa a los establecimientos de salud en estudio, para que el personal de enfermería implemente programas de capacitación para la familia y así favorecer la participación familiar activa y el afrontamiento eficaz de los cuidados que requiere el usuario enfermo.

La presente investigación está estructurada de la siguiente manera:

En el Capítulo I: Abarca el planteamiento del problema de investigación.

En el Capítulo II: Marco teórico conceptual.

En el Capítulo III: Metodología de la Investigación.

En el Capítulo IV: Discusión.

En el Capítulo V: Finalmente, se presenta las conclusiones, recomendaciones, además se consideran las referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La participación significa Intervención, junto con otros, en un suceso o actividad. (1).

Postula el derecho que tiene cualquier persona de intervenir en la toma de decisiones y las responsabilidades desde el sitio en el que se está, desde la función que se ocupa, para ello es necesario el diálogo y por supuesto la organización. Implica también involucrarse personalmente en las tareas necesarias, insistir en aquellos aspectos que se quieren modificar o mejorar, pero siempre desde el acuerdo y el respeto, no desde la fuerza y la coacción. Implica tanto dar ideas como concretarlas; en definitiva participar es conocer, es aceptar y compartir, es trabajar y dar soluciones, es estar siempre consciente de la importancia de formar parte de algo. (2)

La familia es el “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” (3)

La participación familiar en pacientes con tuberculosis pulmonar se define como la intervención de la familia en la toma de decisiones y responsabilidades en el cuidado del miembro de la familia, lo que implica involucrarse en el cuidado del mismo brindando el soporte y acompañamiento psico-afectivo y social para el cumplimiento del tratamiento, controles, cumplimiento de medidas de bioseguridad, promoviendo el autocuidado y la práctica de los hábitos y estilos de vida que se quieren modificar o mejorar para el restablecimiento de la salud.(4)

La adherencia al tratamiento es el grado en que el paciente sigue las instrucciones del equipo de salud; esta definición incluye los conceptos

de cumplimiento por parte del paciente del régimen terapéutico prescrito, además de persistencia estricta del mismo a lo largo del tiempo. Esto debe suponer la aceptación por parte del paciente, el compromiso para iniciar y seguir su tratamiento en las condiciones pautadas. (5)

En Etiopía, sobre la satisfacción del paciente en el servicio de tratamiento de la tuberculosis y la adhesión al tratamiento en los centros de salud pública concluye que: “la satisfacción de los pacientes tuvo una asociación significativa con la adherencia al tratamiento de la tuberculosis. (6)

En el 2014, sobre los factores que favorecen el apego al tratamiento en casos de tuberculosis pulmonar observaron niveles más altos de disfunción familiar y rechazo social en los pacientes con abandono al tratamiento que en aquellos con diagnóstico de curación, quienes presentaron mayor funcionalidad familiar. (7)

En Lima, sobre el soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar indican que es un eje importante en la recuperación del paciente, ya que se siente más confiado y motivado a culminar con su tratamiento para recuperarse y reinsertarse a su vida cotidiana. (8)

Según Mendoza M y Sonco F., señalan que en Arequipa la gran mayoría de pacientes que abandonaron el tratamiento tenían disfunción familiar mientras que los pacientes curados, tenían un funcionamiento familiar normal. (9)

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 los pacientes con enfermedad pulmonar activa. (10)

Según la OMS, en el año 2016 aproximadamente 10,4 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,7 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. (11)

En el 2015, en las Américas se estimó que 24.400 personas fallecieron por tuberculosis (incluyendo TBC/VIH); 31.700 personas adquirieron TBC/VIH; y todavía 50.000 personas con tuberculosis no están diagnosticadas. (12)

Es conveniente realizar el estudio de la situación del enfermo con tuberculosis pulmonar y el apoyo que ofrece la familia siendo el principal recurso de promoción de salud y prevención de la enfermedad y sus daños, así como el más eficaz que siente y percibe el individuo frente a todos los cambios y contingencias que conlleva el proceso de la enfermedad.

En los Establecimientos de Salud de Maritza Campos Díaz- Zamacola, Alto Selva Alegre y Mariano Melgar, se observó que la mayoría de los pacientes que asistían a su tratamiento contra la tuberculosis; se mostraban afligidos, angustiados, preocupados por su estado de salud actual, se sentían excluidos de la sociedad por el hecho de utilizar mascarillas o de entrar al servicio para recibir su tratamiento, aunado a ello la poca participación de la familia en el proceso de la enfermedad, el cual es un factor predisponente para que el paciente decida abandonar el tratamiento. No obstante, los pacientes tienen como común denominador la extrema pobreza, a pesar que el tratamiento no implica un costo económico muchos no toman responsabilidad sobre la enfermedad.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. INTERROGANTE GENERAL

¿Cuál es la relación entre la participación familiar y la adherencia al tratamiento del paciente con tuberculosis pulmonar en Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma, Arequipa, 2018?

1.2.2. INTERROGANTES ESPECÍFICAS

- ¿Cuáles son las características personales del paciente con tuberculosis pulmonar en Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma?
- ¿Cómo es la participación familiar en el tratamiento del paciente con tuberculosis pulmonar en Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma?
- ¿Cómo es la adherencia al tratamiento del paciente con tuberculosis pulmonar en Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma?
- ¿Cuál es la relación entre el apoyo afectivo y la adherencia al tratamiento del paciente con tuberculosis pulmonar en Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma?
- ¿Cuál es la relación entre el apoyo socioeconómico y la adherencia al tratamiento del paciente con tuberculosis pulmonar en Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma?
- ¿Cuál es la relación entre el apoyo emocional y la adherencia al tratamiento del paciente con tuberculosis pulmonar en Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre la participación familiar y la adherencia al tratamiento del paciente con tuberculosis pulmonar en Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma, Arequipa 2018.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las características personales del paciente con tuberculosis pulmonar en Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma.
- Determinar la participación familiar en el tratamiento de los pacientes con tuberculosis pulmonar en Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma.
- Determinar la adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis pulmonar en Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma.
- Determinar la relación entre el apoyo afectivo y la adherencia al tratamiento del paciente con tuberculosis pulmonar en Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma.
- Determinar la relación entre el apoyo socioeconómico y la adherencia al tratamiento del paciente con tuberculosis pulmonar en Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma.
- Determinar la relación entre el apoyo emocional y la adherencia al tratamiento del paciente con tuberculosis pulmonar en Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La tuberculosis pulmonar en el Perú, es considerada como un gran problema de salud pública haciendo que el Estado realice grandes esfuerzos económicos, técnicos y sociales para salir de la categoría de país endémico debido a que esta enfermedad es altamente contagiosa y causa la muerte. Es conveniente realizar el estudio de la situación del enfermo con tuberculosis pulmonar, porque se vuelve aún más crítica debido a que no sólo tiene una enfermedad física altamente contagiosa, asimismo no cuentan con una adecuada participación de la familia, no afrontará adecuadamente la crisis situacional que provoca la enfermedad, contando con redes de soporte social muy pequeñas, éstas escasamente son efectivas durante los meses que recibe el tratamiento antituberculoso, lo que finalmente repercute negativamente en la recuperación del paciente.

Es pertinente, porque el profesional de enfermería en su función de educador y de atención directa al paciente que recibe el tratamiento mediante la observación, valoración del apoyo familiar frente al tratamiento nos permite tomar acciones inmediatas para reducir riesgos de cronicidad de la enfermedad.

Es de utilidad, porque el equipo de salud tomara decisiones según los resultados de la investigación, los cuales contribuirán a establecer estrategias de diagnóstico e intervención precoz en cuanto a la influencia de la participación familiar en el tratamiento de los pacientes con tuberculosis pulmonar.

Es trascendente, porque permitirá reducir los casos de tuberculosis pulmonar, evitará más contagios. En el aspecto social se podrá sensibilizar y brindar información sobre el proceso de la enfermedad a los familiares del enfermo y comunidad en general.

Es de actualidad, porque la tuberculosis es considerada aun una epidemia que sigue enlutando a miles de hogares, que sigue acarreando gastos en

el tratamiento y rehabilitación de las personas que padecen este terrible mal.

Es original, ya que se basa en la generación de conocimientos, donde los profesionales de enfermería y el equipo multidisciplinario sirvan de apoyo para abordar problemas de riesgo en el paciente con tuberculosis pulmonar relacionados a la participación de sus familiares.

El aporte científico, está fundamentado en los resultados del trabajo de investigación que permitirá generar nuevos conocimientos que apoyen la labor de la enfermera, del equipo de salud y la participación informada y sensibilizada de la familia.

Finalmente, esta investigación me permitirá obtener el título de Licenciada en enfermería.

1.5. LIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Los hallazgos solo son generalizables a la población en estudio.

Demora en el trámite administrativo en la Red de Salud Arequipa-Caylloma.

Falta de apoyo en algunas ocasiones por el personal de los establecimientos de salud donde se realizó dicho estudio.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

2.1.1. A NIVEL INTERNACIONAL

Montenegro J. (2012) en su estudio titulado “Apoyo emocional mejora los estados de ánimo de pacientes con tuberculosis” Quito. Cuyo objetivo fue conocer si el apoyo emocional mejora los estados de ánimo de los pacientes con tuberculosis. La metodología de la investigación es de tipo no experimental de diseño explicativo y correlacional, el total de pacientes que participaron fue de 44 pacientes. En los resultados: la edad media de los pacientes oscila entre los 47 años de edad, el estado civil predominante son casados con un 68%, el 75% de ellos pertenece a un nivel socioeconómico bajo, el 70% de ellos son de género masculino, 73% de ellos tiene como instrucción, educación primaria. En relación al diagnóstico psicológico el 32% de los pacientes tienen trastorno ansioso depresivo. Concluyéndose que la falta de apoyo emocional hace que el sujeto experimente más sentimientos de soledad y abandono provocando que desarrolle cualquier tipo de trastorno psicológico, por lo cual se debería estar pendiente de dicho paciente precautelando la salud mental y evitando la deserción del tratamiento. (13)

Martínez. y. Col. (2016) en su estudio titulado “Factores familiares que favorecen el apego al tratamiento en casos de tuberculosis pulmonar” México. Cuyo objetivo fue identificar los factores familiares que favorecen el apego al tratamiento de la tuberculosis pulmonar (tbp). La metodología del estudio fue observacional, descriptivo, transversal, prospectivo, realizado en la unidad de medicina familiar N°33 de Reynosa, Tamaulipas.

México. Se incluyó al total de 57 pacientes tbp de primera vez mediante censo nominal. En los resultados: predominó el sexo masculino con un 56%. La edad fluctúa entre 18 y 83 años, un 85% de los pacientes inició con un tratamiento acortado estrictamente supervisado (TAES), 66.6% logró la curación al final del tratamiento, 19.2% continuó en retratamiento y 12% abandonó el tratamiento; el 92.2% refirió afectación en su vida personal después del diagnóstico, sin embargo, 92.2% negó abandono por parte de su familia, recibiendo 87.7% apoyo económico de ella; 73% de los pacientes refirió mantener una buena relación de pareja posterior al diagnóstico de su enfermedad; por su parte, 42% de los pacientes experimentó rechazo social y 15.7% percibió rechazo de su familia. De los pacientes con abandono al tratamiento, el 75% presentaba algún grado de disfunción familiar. Concluyéndose que se observaron niveles más altos de disfunción familiar y rechazo social en los pacientes con abandono al tratamiento que en aquellos con diagnóstico de curación, quienes presentaron mayor funcionalidad familiar. (14)

Quevedo L. y Col. (2013) En su estudio titulado “Relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar”. México. Cuyo objetivo fue determinar la relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar. La metodología del estudio es de tipo descriptivo de corte transversal, correlacional. La población estuvo conformada por 52 pacientes que estuvieron registrados en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis en los Centros de Salud: Flor de Amancaes y San Juan de Amancaes. Utilizaron como técnica la encuesta, a través de dos cuestionarios validados por juicio de expertos, instrumentos que midieron el soporte familiar y social en el cumplimiento del

tratamiento. Los resultados proyectaron un 81,8% de los pacientes que recibieron nivel alto de soporte familiar y social presentaron cumplimiento del tratamiento, mientras que un 36.4%, que recibieron bajo nivel de soporte familiar y social presentaron cumplimiento del tratamiento. La diferencia encontrada resultó estadísticamente significativa ($p=0,034$). Mientras que un 59.6% de los pacientes cumplen con el tratamiento, y un 40,4% no lo cumplen. Concluyéndose que el soporte familiar y social es un eje importante en la recuperación del paciente, ya que el paciente se siente más confiado y motivado a culminar con su tratamiento para recuperarse pronto y reinsertarse a su vida cotidiana. (15)

2.1.2. A NIVEL NACIONAL

Zuta S. (2016) en su estudio titulado “Actitud de los familiares hacia el paciente con tuberculosis pulmonar y medidas preventivas para evitar el contagio en el hogar Micro Red José Carlos Mariátegui” Lima. Cuyo objetivo fue determinar las actitudes de los familiares hacia el paciente con tuberculosis pulmonar y las medidas preventivas para evitar el contagio en el hogar. La metodología del estudio fue cuantitativo, descriptivo y de corte transversal; la población de estudio constituida por 74 familiares de pacientes que pertenecen a la ESCT, Los resultados demuestran que la actitud de los familiares es de indiferencia con un 44%, 35% rechazo y 21% de aceptación, teniendo relevancia 80% en lo afectivo. En cuanto a medidas preventivas el 59% son inadecuadas y 41% adecuadas, teniendo relevancia el control médico de contactos 61%, medidas de saneamiento 76%, alimentación 81% y adecuada únicamente en higiene 69%. Se concluye que la actitud de los familiares es indiferente por lo que se acepta la hipótesis, en cuanto a las medidas preventivas son inadecuadas. (16)

Iparraguirre, M. (2015) en su estudio titulado “Factores asociados con la adherencia al tratamiento en personas afectadas con tuberculosis en los Establecimientos de Salud de la Microred El Porvenir” Trujillo. Cuyo objetivo fue identificar la relación de los Factores asociados con la Adherencia al tratamiento en personas afectadas con Tuberculosis en los Establecimientos de Salud de la Microred El Porvenir. La metodología es de tipo cuantitativo, descriptivo, constituido por 47 pacientes. Los resultados evidencian que en el factor biológico el 63.83% de los pacientes fueron de sexo masculino, el 36.17% de sexo femenino, el 74.47% de los pacientes tenían edades entre 20 a 65 años. El grado de instrucción predominante es secundaria con un 61.70%. Por otra parte el apoyo familiar es percibido por los pacientes en un 80.85%. En cuanto al factor salud: la visita domiciliaria con un 70.21% se ubica en nivel alto, 4.26% en un nivel bajo, en la relación del personal con el paciente 97.87% se ubica en el nivel alto y 2.13% en el nivel bajo. En cuanto a la adherencia farmacológica el 87.23% su nivel es media y 2.13% su nivel es baja. En la adherencia alimentaria el 57.45% su nivel es alta, y solo 2.13% su nivel es baja. En adherencia a medidas preventivas el 68.09% de su nivel es alta y el 2.13% su nivel de adherencia es baja. Conclusiones. Existe una relación significativa entre los factores sociales: grado de instrucción, apoyo familiar y la adherencia al tratamiento de la tuberculosis. Así también los factores relacionados con la salud: visita domiciliaria, relación personal- paciente y la adherencia al tratamiento. (17)

Suarez C. (2014) en su estudio titulado “Nivel de adherencia al tratamiento y su relación con la participación de la familia en pacientes con tuberculosis de un centro de salud” Lima. Cuyo objetivo fue determinar la relación entre el nivel de adherencia al tratamiento y la participación de la familia en pacientes con

tuberculosis de un centro de salud. La metodología de estudio es enfoque cuantitativo, método descriptivo correlacional de corte transversal. La población estuvo constituida por 70 pacientes de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de tuberculosis del Centro de Salud Max Arias Schreiber. Los resultados fueron que la edad media oscila entre 21 a 40 años, con respecto al sexo un 64% son de sexo masculino, 36% de sexo femenino, en cuanto al nivel de instrucción predomina un 62% secundaria, el 42% tiene trabajo independiente, el 66% son solteros. El 46% presenta un nivel medio de adherencia al tratamiento y un 54% tiene un nivel de participación de la familia medianamente favorable. Concluyéndose que existe una relación significativa entre el nivel de adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis y el nivel de participación de la familia, al existir una correlación estadística entre las variables, lo cual enfatiza que la participación de la familia juega un papel importante en la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis. (4)

2.1.3. A NIVEL LOCAL

Guzmán X. y Mejía G. (2014) en su estudio titulado “Percepciones y prácticas de los casos con tuberculosis y adhesión al tratamiento Microred de Salud Maritza Campos Díaz Zamácola” Arequipa, cuyo objetivo fue determinar la influencia de las percepciones y prácticas de los casos con Tuberculosis con la adhesión a su tratamiento. La metodología es de tipo cuantitativa de tipo descriptivo, diseño correlacional, corte transversal. Con una población de 37 personas. Los resultados evidencian que la enfermedad afecta en 61.8% a hombres, adultos jóvenes, solteros de bajos ingresos económicos y de instrucción secundaria. En los pacientes con tuberculosis 47.1 % presenta buenas percepciones y prácticas con respecto a su enfermedad, seguidos del 41.2% que presentan regulares

percepciones y prácticas, además el 52.9% no tiene adhesión al tratamiento frente al 47.1% que sí tiene adhesión al tratamiento. Se concluye: que los casos de Tuberculosis con mejores percepciones y prácticas sobre la enfermedad son los que presentan adhesión al tratamiento antituberculoso. (18)

Quispe Y., y Núñez, K. (2013) "Influencia del autocuidado de la salud en la recuperación de pacientes con tuberculosis pulmonar. Microred Alto Selva Alegre" Arequipa. Objetivo: Determinar la influencia del autocuidado de la salud en la recuperación de pacientes con tuberculosis pulmonar. La metodología del estudio es descriptivo con diseño correlacional de corte transversal, constituida por 66 personas con Tuberculosis. Los resultados evidenciaron que el rango de edad de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar investigados es de 20 a 29 años (45.0%), pacientes jóvenes. Un 30.0% personas mayores de 50 años de edad. En cuanto al género masculino (65.0%) y femenino (35.0%) de dichos pacientes. Grado de instrucción 75.0% tienen instrucción secundaria y superior; 25.0% estudios primarios. 20.0% representan a los pacientes con Tuberculosis Pulmonar que tienen como ocupación trabajo eventual y su casa. El 15.0% trabajo independiente. Solo el 10.0% representa a los pacientes estudiantes y con trabajo dependiente. Estado marital es de casado y/o conviviente (60%), 40.0% son solteros. El 60% mantiene un régimen dietético constituyente de 1,000 a 1,200 calorías. El 40.0% por encima de 1,200 calorías. El 40.0% permanecen la mayor parte del tiempo en ambientes adecuados; el 45.0%, realizan ejercicios respiratorios y el 60.0% al toser eliminan el esputo adecuadamente. Se concluye que el 50.0% consumen alimentos ricos en proteínas e hidratos de carbono; que conllevan al paciente a un régimen dietético hipercalórico, un 40% realizan actividades orientadas hacia el autocuidado de la función

respiratoria; de la higiene personal y ambiental. En mayoría cumplen el tratamiento farmacológico, dietético e higiénico en forma continua, y dedican espacios de tiempo para la recreación. Su recuperación es positiva en razón a que presentan Baciloscopia negativa y radiografía con signos de cicatrización y buen estado de ánimo. (19)

Ccalla, S. y Quispe, M. (2014) en su estudio “Apoyo social percibido y calidad de vida en personas con tuberculosis. Microredes Zamácola, Alto Selva Alegre y Ciudad Blanca” Arequipa. Cuyo objetivo es determinar la relación entre el apoyo social percibido y calidad de vida en personas con Tuberculosis. La metodología de estudio es descriptivo con diseño correlacional de corte transversal, constituida por 66 personas con Tuberculosis. Los resultados fueron que el 57.58% son de género masculino, el 25.76% edad de 18 a 26 años, el 42.42% nivel secundario, el 42.42% eran solteros (as), la ocupación independientes 56.06%, el 68.18% no presentaron otras enfermedades, en cuanto al tiempo de tratamiento un mes de tratamiento con un 37.88%. En cuanto al tamaño de red social el 31.82% contaba con un rango de 3 a 4 familiares o amigos cercanos, mientras que el apoyo social un 37.88%, el apoyo emocional presentó un nivel medio con un 39.39% y solo el apoyo instrumental 36.36%. Respecto a la calidad de vida, más de la mitad de las personas con tuberculosis presentaron una regular y mala calidad de vida con un 81.82% y tan sólo el 18.18% presentan una buena calidad de vida. Concluyéndose que existe un alto nivel de significancia estadística entre la relación de apoyo social percibido con la calidad de vida de las personas con tuberculosis ($p=0.006$). (20)

2.2. BASE TEÓRICA

2.2.1. TEORÍAS DE ENFERMERÍA

A. TEORÍA DE DOROTEA OREM

Para Dorothea Orem su principal fuente de ideas para enfermería fueron sus experiencias en este campo, sin reconocer la influencia directa de ningún líder de enfermería. Ella identificó 14 necesidades humanas básicas en las que se desarrollan los cuidados de enfermería, describiendo la relación enfermero-paciente como marco organizador para un cuerpo de conocimiento, analizando el estado de una persona cuando requiere la intervención debido a su situación al ser incapaz de valerse por sí misma. (21)

Dorothea E. Orem presenta su teoría del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería. (22) (23)

Dorothea E Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos:

- a) **Persona:** concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.(24)
- b) **Salud:** la salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos

componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona. (24)

- c) Enfermería:** servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales. (24)

Aunque no lo define entorno como tal, lo reconoce como el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo.

El autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar, por tanto es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, necesidad de autocuidado, y actividad de autocuidado conforman los fundamentos que permiten entender las necesidades y las limitaciones de acción de las personas que pueden beneficiarse de la enfermería. Como función reguladora del hombre, el autocuidado es diferente de otros tipos de regulación del funcionamiento y el desarrollo humano. (23)

La especificación del objeto real de la enfermería marca el inicio del trabajo teórico de Orem en donde esta teoría es la expresión de tres teorías como son:

- a. **La teoría del autocuidado:** El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. (25)

- b. **La teoría del déficit de autocuidado:** La teoría general del déficit de autocuidado es una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción. Los seres humanos tienen gran capacidad de adaptarse a los cambios que se producen en sí mismo o en su entorno. Pero pueden darse una situación en que la demanda total que se le hace a un individuo exceda su capacidad para responder a ella. En esta situación, la persona puede requerir ayuda que puede proceder de muchas fuentes, incluyendo las intervenciones de familiares, amigos y profesionales de enfermería. (25)

- c. **La teoría de los sistemas de enfermería:** proporciona el contexto dentro del cual la enfermera se relaciona con el individuo, lo diagnostica, prescribe, diseña y ejecuta el cuidado basado en el diagnóstico de los déficits de autocuidado. (25)

Dorothea E Orem establece la existencia de tres tipos de sistema de enfermería. Los elementos básicos que constituyen un sistema de enfermería son:

- La Enfermera.
- El paciente o grupo de personas.
- Los acontecimientos ocurridos incluyendo, entre ellos, las interacciones con familiares y amigos.

Los sistemas de enfermería tienen varias cosas en común, en particular estas.

- Las relaciones para tener una relación de enfermería deben estar claramente establecidas.
- Los papeles generales y específicos de la enfermera, el paciente y las personas significativas deben ser determinados. Es preciso determinar el alcance de la responsabilidad de enfermería.
- Debe formularse la acción específica que se va a adoptar a fin de satisfacer necesidades específicas de cuidados de la salud.
- Debe determinar la acción requerida para regular la capacidad de autocuidado para la satisfacción de las demandas de autocuidado en el futuro.

Dorothea E Orem establece la existencia de tres tipos de sistema de enfermería: Totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio, de apoyo educativo.

- a. Sistema de compensación total:** Es el tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente. Se trata de que la enfermera se haga cargo de

satisfacer los requisitos de autocuidado universal del paciente hasta que este pueda reanudar su propio cuidado o cuando haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad.

- b. Sistema de compensación parcial:** Este sistema de enfermería no requiere de la misma amplitud o intensidad de la intervención de enfermería que el sistema totalmente compensatorio. La enfermera actúa con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en términos de toma de decisiones y acción.
- c. Sistema de apoyo educativo:** Este sistema de enfermería es el apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería, a veces esto puede significar simplemente alertarlo. El papel de la enfermera se limita a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades. (26)

Cuidado de enfermería y el déficit del autocuidado

Es proporcionar a las personas y o grupos, asistencia directa en su auto-cuidado según sus requerimientos, debido a las incapacidades que tienen por sus situaciones personales. Los cuidados de enfermería se definen como “ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por sí mismo acciones de auto cuidado, para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias producidas por esta.”(27)

Dorothea E Orem usa la palabra agente de autocuidado para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica. Cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera agentes de autocuidado

- a) **El cuidar de uno mismo:** es el proceso de autocuidado se inicia con la toma de conciencia del propio estado de salud. Esta toma de conciencia requiere en si misma el pensamiento racional para aprovechar la experiencia personal, normas culturales y de conductas aprendidas, a fin de tomar una decisión sobre el estado de salud, en el cual debe de existir el deseo y el compromiso de continuar con el plan.

- b) **Limitaciones del cuidado:** son las barreras o limitaciones para el autocuidado que son posible, cuando la persona carece de conocimientos suficientes sobre sí misma y quizás no tenga deseos de adquirirlos. Puede presentar dificultades para emitir juicios sobre su salud y saber cuándo es el momento de buscar ayuda y consejo de otros.

- c) **El aprendizaje del autocuidado:** el aprendizaje del autocuidado y de su mantenimiento continuo son funciones humanas. Los requisitos centrales para el autocuidado con el aprendizaje y el uso del conocimiento para la realización de secuencias de acciones de autocuidado orientadas internas y externamente. Si una acción de autocuidado es interna o externa en su orientación puede determinarse mediante la observación, obteniendo datos subjetivos del agente de autocuidado o de ambas manera (28)

Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, son:

- Actuar en lugar de la persona.
- Por ejemplo en el caso del enfermo con tuberculosis cuando el paciente se encuentra en un estadio crónico y no puede realizar sus actividades por sí mismo.
- Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en las recomendaciones sanitarias y medidas de prevención para evitar el contagio de la tuberculosis.
- Apoyar físicamente Por ejemplo, aplicar y vigilar el tratamiento médico que se haya prescrito.
- Apoyar psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, motivándolo a que continúe con el tratamiento prescrito.
- Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de bioseguridad en el hogar.
- Enseñar a la persona que se ayuda, en cuanto a la educación a un enfermo sobre la higiene que debe realizar. (27)

La teoría de Enfermería elegida para la presente investigación pretende establecer un marco conceptual en el cual nos permite definir el espacio que ocupa el profesional de enfermería en relación con la persona, donde todos los individuos sanos adultos tienen capacidad de autocuidado, en mayor o menor grado, en función de determinados factores (edad, sexo, grado de instrucción

estado de salud, situación sociocultural, predisposición). Independientemente de cuál sea la enfermedad, falta de recursos, factores ambientales, la demanda de autocuidado terapéutico de la persona es superior a su agencia de autocuidado, entonces la enfermera actúa ayudando a compensar el desequilibrio a través de los sistemas de enfermería.

B. TEORÍA DE ELIZABETH ANDERSON

Enfermería en salud comunitaria: implica un enfoque diferente de hacer enfermería, olvidar la perspectiva unitaria y abrirse a la visión integradora de un grupo de personas que tiene alguna característica en común.

El Modelo de Comunidad Participante, descrito por primera vez como Modelo Comunidad como cliente por Elizabeth Anderson y Judith MacFarlane en 1988, está basado en el modelo sistémico de Betty Neuman (1972). El modelo de Betty Neuman permite una aproximación integral al paciente concebido como un sistema abierto y dinámico, comprendiendo mejor al paciente en su relación con el entorno.

El paciente, como sistema, puede ser una persona, una familia o una comunidad. La comunidad es un socio que construye su salud, apoyado por la enfermera comunitaria.
(29)

a) **Persona:** la comunidad concebida como grupo, población o conglomerado con al menos una característica común como ubicación geográfica, ocupación, raza, intereses comunes, entre otros.

- b) **Ambiente:** todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo de la comunidad, quien a la vez es también parte del ambiente.
- c) **Salud:** un estado de equilibrio en que los subsistemas están en armonía y así el conjunto puede desarrollarse en su máximo potencial.
- d) **Enfermería:** una profesión que con visión única y holística de la comunidad contribuye a su salud participando en la valoración de la comunidad, en la detección de problemas de la comunidad, factibles de ser modificados por la intervención de enfermería, planificando y ejecutando, en conjunto con otros, la intervención para disminuir los problemas de salud de la comunidad y evaluando los efectos de las intervenciones en la salud de la comunidad.

La enfermera, a través de la aplicación del proceso de enfermería, trabaja en conjunto con la comunidad (personas y ambiente) y otros miembros del equipo de salud en la identificación de problemas y en la búsqueda de las mejores estrategias para su solución.

Los principales elementos que se identifican en este modelo son la comunidad y el proceso de enfermería. La comunidad compuesta por una estructura básica central o núcleo de la comunidad formado por personas con atributos o características propias, rodeado por el ambiente subdividido en ocho subsistemas: Ambiente físico; servicios sociales y de salud; economía; comunicación; seguridad y transporte: política y gobiernos; educación y recreación. La comunidad se visualiza en forme integral, como un todo, cuyas partes

(núcleo y ochos subsistemas) se encuentran en proceso de interacción dinámica, afectando mutuamente en forma positiva o negativa y en el cual el estrés y la reacción que este suscita son componentes básicos de la comunidad como sistema abierto. Aplicado a comunidades, el núcleo está representado por las personas o población que conforman la comunidad, sea esta geográfica o un grupo unido por intereses comunes, y al nivel de familias, por los miembros de la familia, como un todo.

Las etapas del proceso de enfermería descritas por Anderson y MacFarlane en su modelo son cinco: Valoración; Análisis y Diagnósticos de Enfermería Comunitaria; Plan: planificación de la intervención comunitaria según niveles de prevención primaria, secundaria y/o terciaria; Implementación; y Evaluación.(29)

- a. **La etapa de valoración**, se centra en el reconocimiento de todas las variables y factores que están influyendo en la respuesta de la comunidad a los estresores, tanto internos, es decir, propios de las personas y su ambiente, como externos presentes en el suprasistema, es decir, fuera de los límites de la comunidad; es la categorización a la comunidad, se procede a analizar antecedentes de comunicación, económicos, de educación, medio ambientales, de salud, de servicios básicos y políticas de recreación.
- b. **La etapa de análisis y diagnóstico**, permite formular los diagnósticos de salud y/o de Enfermería para planificar la intervención de forma coherente

con la realidad, y en alguno de los niveles de prevención destacan la importancia de analizar los parámetros en conjunto con la comunidad para llegar a un diagnóstico de salud de la misma, así como la importancia del trabajo en equipo inter e interdisciplinario.

- c. La etapa de planificación de intervención,** permite validar los diagnósticos de Enfermería comunitaria con los miembros de la comunidad es un paso importante para mantener la participación de la comunidad en el proceso dirigido a planear las intervenciones en salud. Las comunidades tienen el derecho a identificar sus propias necesidades y negociar con la enfermera comunitaria las intervenciones o programas específicos de salud. A su vez, la enfermera es responsable de proporcionar la información requerida para llevar a cabo el proceso, se fijan las metas orientadas hacia la salud de la comunidad y las propuestas concretas de acción.

- d. La etapa de implementación,** es donde se lleva a cabo el plan con foco en la comunidad. En esta fase es fundamental la participación activa de la comunidad para lograr los resultados esperados. Los miembros de la comunidad necesitan sentirse “dueños” del programa o actividad que se llevarán a cabo con ellos, por lo cual deben asumir alguna responsabilidad no sólo al planearla, sino también en su implementación. En su aplicación, el plan propuesto debe ser consensuado con la comunidad y trabajado cooperativamente con ellos.

- e. **La etapa de evaluación**, evalúa las respuestas de la comunidad a un programa de salud, con el fin de medir el progreso hacia el logro de las metas y objetivos propuestos. Los datos obtenidos en la evaluación también son de gran importancia para la revisión de los diagnósticos derivados del análisis de la información obtenida en la valoración.

En este marco, la prevención exige a los estados un trabajo articulado de calidad y sostenido que va desde las intervenciones para alcanzar cambio de conductas en la población, vigilancia de los factores de riesgo, control del vector, atención de los casos en el marco de una política de gobierno que exija a todos los actores políticos sociales y comunales públicos y privados responsabilidad para reducir y/o minimizar el impacto sobre la población. (29)

El Modelo de Teoría de Elizabeth Anderson. Comunidad Participante, nos precisa que la enfermería en si ejerce una labor comunitaria, ya que la relación no se basa solamente en enfermera y paciente sino que ahora se ve también, profundamente involucrada la familia. Por lo tanto, la enfermera trabaja tanto con el paciente, la familia así como la comunidad a la que pertenece o su entorno social propiamente dicho, ello nos proporciona una visión para encaminar y orientar al personal de enfermería sobre el mundo y la cultura del paciente y familia para que de esta forma pueda aplicar sus conocimientos basados en principios científicos teniendo siempre en cuenta su ética profesional como base sin dejar de lado la cultura del paciente y familia, lo cual indicará que si esto se tiene en cuenta durante la atención el paciente cumplirá con todo lo que el personal de salud se le indique y como resultado a

esto se obtendrá un mayor índice de adherencia al tratamiento, coadyuvando a su mejoría, el mantenimiento de su salud, así como el promover e incentivar a la persona, familia y comunidad a mantener un estilo de vida saludables. Con este fin la enfermera evaluará las respuestas de la persona, familia y comunidad a un programa de salud, con el fin de medir el progreso hacia el logro de las metas y objetivos propuestos.

2.2.2. PARTICIPACIÓN FAMILIAR

A. PARTICIPACIÓN

Dentro de los instrumentos de atención integral está el Apgar Familiar que nos permitirá evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado.

Participación o cooperación, es la implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar. (30)

Asimismo, promueve el interés o expresión de sentimientos entre el informante que es el paciente y el profesional de salud, permitiendo la comprensión del entorno y el contexto de su familia para buscar el mejor modo de ayuda que se puede brindar a la persona como un todo. Para ello se eligió la participación como elemento para la presente investigación.

La participación también implica tanto dar ideas como concretarlas; en definitiva participar es conocer, es aceptar y compartir, es trabajar y dar soluciones, es estar siempre consciente de la importancia de formar parte de algo. (31)

B. LA FAMILIA

La familia es un grupo de personas, definido por una relación de pareja suficientemente duradera como para asegurar la procreación la crianza de los hijos (manutención física – biológica y emocional). (32)

La familia es el entorno donde se establecen por primera vez el comportamiento y las decisiones en materia de salud y donde se originan la cultura, los valores y las normas sociales. La familia es la unidad básica de la organización social más accesible para llevar a la práctica las intervenciones preventivas, de promoción y terapéuticas. (32)

En base a lo anterior mencionado se define la participación de la familia en pacientes con tuberculosis como la intervención de la familia en la toma de decisiones y responsabilidades en el cuidado del miembro de la familia con tuberculosis, lo que implica involucrarse en el cuidado del paciente brindando el soporte y acompañamiento psicoafectivo y social para el cumplimiento del tratamiento, controles, cumplimiento de medidas de bioseguridad, promoviendo el autocuidado y la práctica de los hábitos y estilos de vida que se quieren modificar o mejorar. (4)

Dado que el cuidado y apoyo de la familia es una herramienta esencial en la recuperación del paciente. Asimismo considerado como influencia directa el apoyo familiar, se valdrá de ello para evaluar la participación familiar en la adherencia al tratamiento para la recuperación total y absoluta de la persona que padece tuberculosis pulmonar sensible. (33)

- **APOYO FAMILIAR**

Definido como “algo o alguien que sirve de sostén a otro, ya sea ser animado o inanimado pudiendo en el primer caso ser apoyo físico, económico o moral”. (33)

El apoyo familiar ha sido un constructo poco estudiado, por tanto, carece de una definición unificada, pero se caracteriza por abarcar varias dimensiones entre las cuales se pueden mencionar la comunicación, conflictos intrafamiliares, resolución de problemas, grado de afectividad y buen planteamiento de reglas. Además de esto, se relaciona también con otros constructos de interés de estudios como son depresión, locus de control, autoconcepto, estrategias de resolución de conflictos, entre otros”. (34)

La familia es el ente transmisor de educación informal y de influencias directas sobre el paciente, pudiendo ser esta formadora o deformadora. Welsh, 1980, citado por Reyes M. Señala que: “la familia juega un papel importante en la rehabilitación de las personas deficientes visuales y ciegas. La actitud y el comportamiento de la familia tienen una alta incidencia en el éxito o fracaso de los programas. (30)

En la familia se procesa el mayor número y tipo de relaciones con aspectos significativos en el proceso de salud – enfermedad – atención. Lejos de ser un mundo autónomo y aislado, es en sí mismo la unidad en la que de manera directa o indirecta, repercuten las consecuencias de las crisis sociales, así como las representaciones colectivas que la sociedad construye alrededor de las enfermedades específicas. (35)

Por ello, el funcionamiento afectivo, emocional y socioeconómico de la familia; lo que pondrá a prueba la efectividad de la familia para reorganizarse, adaptarse y utilizar los recursos que estén a su disposición. Además es el contexto inmediato en el que se desenvuelven la enfermedad, soporte social que va a actuar de manera amortiguadora, entre eventos estresantes de la vida y la enfermedad, pudiendo descubrirse áreas de fortaleza y debilidad. (36)

- **TIPOS DE APOYO FAMILIAR**

Son considerados como formas potenciales de apoyo y su capacidad para tener influencia en la salud ha de ser considerada de manera empírica. La importancia de un tipo u otro dependerá en cada caso de la relevancia de la fuente de apoyo para la persona y del problema concreto que requiera tal apoyo. (36)

a) APOYO AFECTIVO

Es la capacidad de reacción que presenta el familiar con manifestaciones de sentimientos y las emociones; en un marco interactivo, es decir, dar afecto al paciente con tuberculosis pulmonar, ayudándole siempre con motivación, preocupación, tranquilidad, dándole aliento y ánimo.

- **Afecto:** Expresión de cariño, de amor, de amistad con la que demuestra el familiar hacia el paciente, hacerle sentir que nos importa, que hay una vinculación, que

fortifica los lazos de unión ante alguna adversidad. (37)

- **Motivación:** El proceso que inicia, guía y mantiene las conductas orientadas a lograr un objetivo y/o satisfacer una necesidad. Es la fuerza que nos hace actuar y nos permite seguir adelante incluso en las situaciones difíciles como es el hecho de apoyar al familiar enfermo. (38)
- **Preocupación:** es la actividad cognitiva (mediante la cual se hace presente la posibilidad de un suceso negativo) así como el resultado emocional de dicha actividad cognitiva. Sin embargo, este resultado emocional puede variar dependiendo del objeto de preocupación, de la duración y de la recurrencia de dicha actividad cognitiva. Situación que se exterioriza en el proceso de la enfermedad del familiar afectado. (39)
- **Tranquilidad:** es el estado de calma, serenidad o paz, que se debe brindar al familiar que padece la enfermedad. (40)
- **Aliento:** Fuerza moral y energía del ánimo que impulsan a la familia y la persona enferma a afrontar la enfermedad. (41)

b) APOYO EMOCIONAL

Este comprende la empatía, el cuidado, el amor, la confianza y parece ser uno de los tipos de apoyo más importantes. Este tipo de apoyo está

recogido, de una u otra manera, en las concepciones de apoyo antes mencionadas. En general, cuando las personas consideran de otra persona que ofrece apoyo, se tiende a conceptualizar en torno al apoyo emocional.

- **Empatía.** Es la capacidad que tienen las personas de ponerse en el lugar de los demás. El componente cognitivo se vincula con la capacidad de comprender, entender cómo piensa y siente el paciente afectado con su salud por parte de la familia. (42)
- **Cuidado.** La noción de cuidado está vinculada a la preservación, conservación, asistencia y ayuda que brinda el familiar hacia su pariente enfermo. (43)
- **Espiritualidad.** Es aquella dimensión del ser básica y trascendente formada por creencias y valores. La espiritualidad incluye la religión pero no es igual a ella; es un concepto más amplio, un fenómeno no confinado a templos, iglesias o ritos. Es una dimensión única en la cual la familia fortalecerá el apego espiritual del paciente y su pronta mejoría. (44)
- **Amor.** Es considerado como un conjunto de comportamientos, actitudes incondicionales y desinteresadas, que se manifiestan entre seres afines como lo es la familia en su conjunto. (45)

- **Confianza.** Opinión favorable en la que una persona o grupo es capaz de actuar de forma correcta en una determinada situación. La confianza es la seguridad que alguien tiene en otra persona. En este caso será brindado por la familia hacia el paciente. (46)

c) **APOYO ECONÓMICO Y SOCIAL**

El apoyo económico y social es un factor que tiene un efecto protector o benefactor sobre múltiples parámetros relacionados con la salud como, por ejemplo, el aspecto económico se basa en las necesidades que tiene el paciente en relación a recibir apoyo para sus pasajes o necesidades diarias. El mecanismo de acción del apoyo social sobre la salud no se conoce con certeza, aunque existen dos hipótesis: “por un lado, la teoría del efecto tampón o buffert, donde la influencia del apoyo económico y social estaría determinada por su papel modulador sobre las situaciones adversas que generan estrés en el individuo; la otra teoría considera que el apoyo económico y social es un agente causal directo de las enfermedades”. (47)

- **Satisfacción de necesidades económicas**

El aspecto económico se basa en las necesidades que tiene el paciente en relación a recibir apoyo para sus pasajes o necesidades diarias como comprar algunos objetos de uso personal y de dependencia y salidas a la calle a dar paseos, además de

la recuperación de enfermedades o trastornos crónicos. Consiste en la aplicación de los productos a las exigencias de nuestra naturaleza. (48)

- **Satisfacción de necesidades sociales.**

Estas tienen relación con la necesidad de compañía del paciente, con su aspecto afectivo y su participación social. Dentro de estas necesidades tenemos la de comunicarse con otras personas, la de establecer amistad con ellas, la de manifestar y recibir afecto, la de vivir en comunidad, la de pertenecer a un grupo y sentirse aceptado dentro de él, entre otras. (49)

- **Actividad recreativa.**

Son aquellos métodos, técnicas y estrategias empleadas en acciones, que ejecutadas de una manera adecuada ofrecen al paciente, momentos de distracción y disfrute, el cual influye de manera positiva en los estados de ánimo, sentido del humor y hasta en restablecimiento de la propia salud. (50)

El Ministerio de Salud (Minsa) “recomienda a las familias dar apoyo y cariño a los pacientes con tuberculosis, especialmente si asume un carácter irritable, eleva el tono de voz o decide permanecer en silencio, porque el soporte psicológico y afectivo son claves en su recuperación, los pacientes deben tener claro

que continuar con el tratamiento es requisito indispensable para recuperarse". (51)

Se recomienda que las personas enfermas, para aceptar su enfermedad y hacerla más llevadera, comparta con su entorno familiar actividades que ayuden a distraer la enfermedad que lo aqueja. Las actividades recreativas como manualidades, los quehaceres de la casa, pasear, ver películas, es favorable para reforzar los lazos familiares, desterrando la idea errónea del contagio, que a lo único que conlleva es a maltrato y a que se le margine al paciente. (52)

2.2.3. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO

La adherencia es el grado en que el comportamiento de una persona tiene al tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios de estilos de vida que corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria. (53)

La definición clásica de Sackett y Haynes, la adherencia es el grado de coincidencia del comportamiento de un paciente el relación con los medicamentos a tomar o los cambios que ha de ser en su estilo de vida con las recomendaciones de los profesionales de salud que atienden. (53)

A. ADHERENCIA FARMACOLÓGICA

La adherencia a un tratamiento se define como la coincidencia entre la conducta del paciente y la orden del médico. (54)

Se define la adherencia al tratamiento farmacológico como el cumplimiento del mismo, es decir toma la medicación de acuerdo con la dosificación y el esquema prescrito. Pero además se considera la persistencia, que es tomar la

medicación a lo largo del tiempo del tratamiento indicado.
(55)

El cumplimiento del tratamiento farmacológico se refiere a la medida en que un paciente cumple con las recomendaciones médicas sobre un tratamiento respecto del momento, la dosis y la frecuencia en el día a día. (55)

Según la OMS, la adherencia al tratamiento se define como el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas; esta definición incluye los conceptos de cumplimiento por parte del paciente del régimen terapéutico prescrito, además de persistencia estricta del mismo a lo largo del tiempo. Esto debe suponer la aceptación por parte del paciente, el compromiso para iniciar y seguir su tratamiento en las condiciones pautadas.
(53)

La administración de medicamentos, según la norma planteada por el MINSA, será supervisada en el 100% de los casos por el personal de salud y en casos estrictamente necesarios por los promotores de salud. La administración del tratamiento deberá ser ambulatorio, diario, exceptos los domingos. (55)

a) Tratamiento Farmacológico

La tuberculosis es una enfermedad considerada un problema de salud pública a nivel mundial por lo que requiere un alto nivel de adherencia para lograr el éxito del tratamiento. A principios de la década de los 90, se aplicó con éxito la estrategia DOTS, al respecto la OMS consideró su aplicación como una de las más exitosas estrategias del mundo. Teniendo en cuenta tres propiedades fundamentales de los medicamentos

antituberculosos capacidad bacteriana, esterilizante y de prevenir la resistencia. La Isoniazida y la Rifampicina son consideradas como el núcleo básico del tratamiento contra la tuberculosis a lo que se le agregó posteriormente la Pirazinamida, todas estas son capaces de eliminar el bacilo de Koch en cualquier localización a nivel intracelular o extracelular. (56)

Los medicamentos según su uso tienen una clasificación, es decir se encuentran medicamentos de primera línea que se utilizan en pacientes nuevos, recaídas y abandonos, son altamente eficaces y de buena tolerancia para el paciente, entre ellos encontramos: Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida, Etambutol y Estreptomina. (56)

El tratamiento es gratuito, su administración es supervisada y en forma ambulatoria. El tratamiento farmacológico de la tuberculosis contiene una asociación de medicamentos de alta eficacia, con el menor número de tomas, con reacciones adversas mínimas y al ser administrado bajo supervisión, garantiza la curación de todas las personas enfermas. Por lo tanto, se debe dar apoyo familiar, cumplir con el tratamiento no abandonarlo, realizarse el despistaje de la enfermedad en las personas que viven con el enfermo, mantener las medidas higiénicas generales como habitación donde duerme el enfermo deberá ser ventilada, iluminada, limpia, y para eliminar el moco y flema del enfermo depositarlos en una bolsa plástica, para luego ser quemada. (56)

- **Esquema para TB Sensible**

Existen según la Norma Técnica de Salud para el Control de la Tuberculosis, para la elección del esquema para un paciente se toma en cuenta lo siguiente:

- Condición bacteriológica inicial por baciloscopia o cultivo.
- Antecedente de tratamiento previo contra la tuberculosis.
- Localización de la enfermedad: pulmonar o extrapulmonar.
- Gravedad y pronóstico de enfermedad.
- Antecedente personal y/o familiar de reacción medicamentosa.

El Esquema para TB Sensible, es una terapia combinada diseñado con medicamentos de primera línea, indicado para aquellos pacientes diagnosticados por primera vez con TB, el cual tiene una duración de seis meses (82 dosis) incluye medicamentos como: Etambutol, Isoniazida, Rifampicina y Pirazinamida.

El Esquema para TB Sensible, está dividido en dos fases:

- **Primera Fase: Inducción o bactericida**

Implica la administración diaria, sirve para reducir rápidamente la población bacilar de crecimiento y multiplicación rápida y para prevenir la resistencia y el fracaso. El tiempo de duración es de dos meses durante esta fase

se toman pastillas a diario excepto los domingos y feriados (56)

- Etambutol (3 tabletas)
- Isoniazida (3 tabletas)
- Rifampicina (2 capsulas)
- Pirazinamida (3 tabletas)

- **Segunda Fase: Mantenimiento o esterilizante**

La administración de medicamentos dos veces a la semana. Incluye menor número de medicamentos, suficientes para conseguir la eliminación de bacilos persistentes y evitar así las recaídas. Cumpliendo todo el tratamiento se termina definitivamente con la enfermedad, dura cuatro meses y se necesita tomar las pastillas dos veces por semana, estas son Isoniacida (8 tabletas) y Rifampicina (2 cápsulas).

Es importante que se garantice el cumplimiento total de las dosis programadas. Si por cualquier circunstancia se ha dejado de tomar algunas dosis, estas deben administrarse al final de la fase correspondiente hasta alcanzar la dosis de tratamiento completo (50 dosis en la primera fase y 32 dosis en la segunda fase).

La eficacia terapéutica depende en gran medida de la voluntad y la capacidad del paciente para tomar los medicamentos de una forma regular, según lo prescrito. La toma esporádica de la medicación se asocia con

fracaso terapéutico y desarrollo de cepas de Mycobacterium Tuberculosis resistentes a los fármacos. Las reacciones adversas a fármacos antituberculosos (RAFAS) más frecuentes son: náuseas, dolores gástricos, insomnio, euforia, síndrome gripal y anorexia, pero se presentan otras reacciones que se presenta según cada fármaco del tratamiento, se puede presentar.

- **Estreptomina:** Daño auditivo y vestibular, dolor y parestesias.
- **Isoniacida:** Neuropatía periférica, hepatitis.
- **Rifampicina:** Anorexia, náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea, hepatitis, secreciones corporales de color anaranjado.
- **Etambutol:** Neuritis óptica.
- **Pirazinamida:** Dolor articular, hepatitis

En el caso de presentarse una RAFA, el paciente o familia debe comunicarlo de inmediato al médico tratante. (56)

b) Importancia del cumplimiento al tratamiento

- Indicaciones de Seguimiento

En tal efecto para el éxito del tratamiento contra la tuberculosis, no solo es la adherencia estricta al tratamiento farmacológico, sino a su vez cumplir con las indicaciones de seguimiento, el régimen de indicación por el equipo de salud. En la atención médica a la persona con tuberculosis que sigue el esquema de tratamiento, se realizará como mínimo tres consultas médicas. (57)

- **Consulta Médica**

“La primera consulta se realiza al inicio del tratamiento, en la cual se brinda las principales indicaciones sobre el tratamiento, posibles efectos adversos, control bacteriológico mensual.”

“La segunda consulta se realiza al cambio de fase donde se continúa con el seguimiento del caso a través de la evaluación clínica, bacteriológica y radiológica”.

“La tercera consulta se dará en el alta del paciente. Se brinda otras consultas o evaluaciones especiales cuando existe irregularidad en el tratamiento, riesgo de abandono y/o presentación de RAFAS. (57)

- **Entrevista de Enfermería**

Es una de las actividades de la atención integral e individualizada que ofrece el Profesional de Enfermería, el cual debe realizarse con calidad y calidez a la persona enferma de tuberculosis y su familia, con fines de educación, control, y seguimiento. Objetivos a perseguir: educar al paciente y su familia sobre la enfermedad, formas de contagio, importancia del tratamiento supervisado y la baciloscopía de control mensual, contribuir a la adhesión del paciente al tratamiento mediante una buena comunicación, indagar sobre antecedentes de tratamiento. (57)

- **Régimen terapéutico**

El profesional de enfermería es responsable de garantizar la correcta administración del tratamiento contra la tuberculosis pulmonar, estrictamente supervisado y ambulatorio. Se asegurará de que el paciente ingiera los medicamentos en una sola toma al día en todos los servicios de salud. Existen factores que están asociados a la adherencia del tratamiento antituberculoso entre los cuales se menciona: los relacionados a la interacción del personal de salud con el paciente, al régimen terapéutico, las características de la enfermedad y los aspectos psicosociales del paciente. (57)

- **Relación personal de salud –paciente**

La interacción profesional de la salud–paciente cobra notable importancia la existencia de una comunicación eficaz y la satisfacción del paciente con esa relación. Se ha observado que proporcionar la información necesaria sobre la enfermedad, de modo que favorezca y garantice niveles mínimos de comprensión por parte del paciente contribuye a mejorar la adherencia. En algunos casos los pacientes con Tuberculosis Pulmonar (TBC), no entienden sobre el proceso de la enfermedad, el tratamiento, exámenes de control, el porqué del tratamiento tiene una larga duración, entre otros aspectos. Por lo cual, es necesario no solo proporcionar la información, sino llevarlo a cabo a medida del entendimiento del paciente. (57)

c) Reacciones adversas.

Las reacciones adversas como son los síntomas en el tratamiento son claves para la acción y como reforzadores en la adherencia. El paciente con Tuberculosis que por lo general experimenta un conjunto de síntomas al inicio de la enfermedad; al iniciar el esquema de tratamiento; durante la primera fase puede disminuir drásticamente los síntomas, se siente aliviado, asintomático y pone en riesgo la adherencia al tratamiento (57)

d) Examen de Control Mensual

La baciloscopía mensual es obligatoria en todos los casos: Toda muestra de esputo cuya baciloscopía resulte positiva durante la segunda fase de tratamiento debe ser remitida para cultivada y el caso debe ser evaluado por el médico consultor. Todo paciente al término de tratamiento debe tener una baciloscopía y cultivo de control. (80)

A todo paciente que al finalizar la primera fase de tratamiento (segundo mes) y presenta baciloscopía positiva debe

- Solicitar prueba de sensibilidad rápida a isoniacida y rifampicina por métodos moleculares o fenotípicos.
- Solicitar cultivo de esputo, si es positivo debe repetirse mensualmente.
- Prolongar la primera fase hasta que se disponga del resultado de la prueba de sensibilidad rápida.
- Referir al médico consultor con el resultado de la PS rápida para su evaluación respectiva. (57)

B. ADHERENCIA A MEDIDAS PREVENTIVAS

Las medidas preventivas “son medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. (58)

Las Medidas Preventivas son estrategias que permiten la neutralización de los factores de riesgo de contraer una enfermedad mediante el control viable y eficaz. De esta forma se anticipa a la aparición del efecto que puede perjudicar la salud de la población (59)

Para que la recuperación sea efectiva es necesario considerar la educación en salud que debe estar basado en el entendimiento exacto de las prácticas adecuadas de autocuidado en el hogar. (60)

Cualquiera es susceptible de contraer la tuberculosis si inspira los bacilos que exhalan un enfermo o portador al hablar, estornudar, toser, expectorar; estas bacterias pueden permanecer suspendidas en el aire durante horas incluso años.(60)

a) Bioseguridad en la vivienda

- Lavarse las manos con agua y jabón antes y después de consumir alimentos.
- El paciente debe poseer un cuarto privado, dormir solo.
- Utilizar papel higiénico cuando tose, cubrirse la nariz y la boca con pañuelos desechables al toser, estornudar, reír.

- Colocar los pañuelos desechables utilizados en una bolsa de papel y quemarlos, posteriormente lavarse las manos.
- El paciente debe toser siempre sobre papel descartable (papel higiénico o servilletas o pañuelos) evitando toser directamente al medio ambiente.
- La flema que produce debe colectarse en el papel y colocarse una bolsa de plástico que luego se cierra y se elimina en la basura convencional.
- Si la flema se junta en la boca esta debe eliminarse en una escupidera u otro envase con tapa que contenga una solución de lejía al 1% (preparar una tasa de lejía doméstica y añadir 4 tazas de agua potable) esto puede durar todo el día y luego descartarse por el desagüe sin problemas.
- El cuarto de la persona con TB debe ser exclusivo para él o ella. No se debe dormir en el mismo cuarto
- El cuarto debe ser lo más amplio posible, bien ventilado, limpio, que le entre la luz del sol. Con ventanas amplias que permita que el aire del cuarto sea fluido.
- Limpiar el polvo de los muebles con trapo húmedo y trapear el piso con desinfectante o simplemente agua.(61)

b) Control de contactos

Se denomina contactos a las personas que conviven con el enfermo de tuberculosis pulmonar, señalando de la siguiente forma: (16)

- **Contacto intra domiciliario:** Es aquella persona que vive en el domicilio de la persona con tuberculosis.
- **Contacto extra domiciliario.** Es aquella persona que no vive en el domicilio de la persona con tuberculosis, sin embargo comparte ambientes comunes (colegio, trabajo, guardería, albergue). Así mismo, son considerados en esta categoría: Parejas, amigos y familiares que frecuentan a la persona con tuberculosis.

El control de contactos se precisa como la evaluación integral y seguimiento de estas personas. Tiene como objetivo prevenir la infección y el desarrollo de enfermedad además de detectar casos nuevos de tuberculosis entre los contactos. (16)

c) Higiene

Para que la recuperación sea efectiva es necesario considerar la educación en salud que debe estar basado en el entendimiento exacto de las prácticas adecuadas de autocuidado en el hogar.

Las principales actividades de autocuidado en relación a higiene que debe de tener el paciente son:

- Lavado de manos regular con agua y jabón antes y después de ingerir alimentos, después de cubrirse la boca para estornudar o toser.
- Dormir solo en una habitación privada
- Cubrirse la boca y nariz con pañuelos desechables al estornudar, toser y reír, posteriormente desechar estos pañuelos en una funda e incinerarlos

- Evitar lugares concurrentes y usar mascarilla bucal hasta que las pruebas baciloscópicas arrojen un resultado negativo. (62)

C. ADHERENCIA ALIMENTARIA

La adherencia alimentaria es un estado acerca del comportamiento de una persona de cómo seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en los hábitos alimenticios; se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria. (63)

- Asesoría nutricional y seguimiento

En la nutrición es muy importante la dietoterapia, que utiliza esta relación para tratar las necesidades en caso de enfermedad o trastorno relacionado con la alimentación. Las dietas terapéuticas se dan al modificar uno o más nutrientes en la dieta para obtener un tratamiento que puede ser curativo por si solo o bien puede ser complementario al tratamiento medicamentoso. (64)

La nutrición es alterada por varias razones pero normalmente está asociada con la fatiga y la frecuente tos, anorexia, condiciones sociales. La alteración nutricional es evidente ya que la mayoría de pacientes con esta patología tiene un peso inferior de 10 a 20 % del peso corporal ideal, además está comprobado que disminuye su apetito, tiene el sentido del gusto alterado y debilidad muscular, además es muy frecuente el vómito por reacciones adversas al tratamiento. Asimismo, en la tuberculosis hay una pérdida considerable de tejido, por ello es importante el aporte

de alimentos con contenido proteico (carnes, huevo, leche). (65)

- **Los alimentos y su selección**

La alimentación constituye una base importante en el tratamiento de la tuberculosis y es conveniente que la dieta diaria contenga cantidades suficientes de proteínas para que favorezca la cicatrización debiéndose consumir entre 120 a 130 g. de proteínas, de las cuales no menos de la mitad deben ser de origen animal; así como de calorías suficientes para reponer la pérdida ponderal. (60)

Las frutas y las verduras aseguran no solo el suministro de una buena cantidad de vitaminas al organismo, sino también la administración de sales minerales indispensables (potasio, calcio, fósforo). Las verduras deben ser consumidas entre 3 a 5 porciones diarias, mínimo 3 veces a la semana; las frutas entre 3 a 4 porciones diarias; estos permitirán utilizar todos los nutrientes de la alimentación (60)

El paciente con tuberculosis debe alimentarse con una dieta balanceada rica en proteínas (carne de res, pollo, pescado), y leguminosas que deben ser consumidas de 2 a 3 porciones diarias; carbohidratos que se encuentran en los tubérculos (papa, camote, yuca), arroz, cereales (trigo, quinua y kiwicha), y menestras a las que se agregará grasas no saturadas (aceite de maíz o soya), vitaminas A, B y minerales.

La persona con tuberculosis que recibe tratamiento de Esquema Sensible, deberá ingerir tres comidas

principales (desayuno, almuerzo y cena) más dos refrigerios. (60)

- **Suplementación de la Dieta**

La dosis preventiva de Piridoxina es 50 mg. por día en neuropatía periférica por isoniazida. Para el tratamiento de la neuropatía la dosis de Piridoxina es 150 mg/día. En pacientes que se encuentran recibiendo cicloserina deben recibir 50 mg. de piridoxina por cada 250 mg. de cicloserina. La cantidad de agua en la dieta influye significativamente en prolongar la salud, normalmente se aconseja el consumo de 2 litros de agua aparte de las que podamos consumir por los alimentos, con lo cual se garantiza una adecuada hidratación. (60)

- **Control de Peso**

Peso/edad en menores de 5 años, IMC/edad en grupos de población de 5 a 18 años e IMC adultos y adulto mayor, según parámetros de normalidad

- **Masa muscular:** perímetro braquial en menores de cinco años y gestantes, y perímetro de pantorrilla en adultos y adultos mayores, según parámetros de normalidad.

- **Composición corporal:** mediante medidas del pliegue subcutáneo, además evaluar síndrome de lipodistrofia en pacientes con VIH. (66)

2.2.4. TUBERCULOSIS PULMONAR

a) Concepto

La Tuberculosis es una enfermedad infecto-contagiosa producida por el Bacilo de Koch (*Mycobacterium*

tuberculosis) que ataca con frecuencia a los pulmones, pero puede comprometer cualquier otra parte del cuerpo. (66)

b) Signos y síntomas

Las personas que tienen tuberculosis pueden tener algunos o todos los siguientes síntomas: tos y expectoración por más de 15 días, sudoración nocturna, pérdida de peso, pérdida de apetito, debilidad y cansancio constante, fiebre, dolor en el pecho, tos con sangre. (68)

c) Tratamiento farmacológico

La administración de los esquemas de tratamiento anti-TB es responsabilidad del personal de salud. El esquema de tratamiento inicial debe ser ratificado o modificado dentro de los 30 días calendario de haberse iniciado, de acuerdo a los resultados de la prueba de sensibilidad (PS) rápidas a isoniacida y rifampicina. (68)

- **Esquema para TB sensible:** Es el esquema de terapia combinada diseñado con medicamentos de Primera Línea, incluye los siguientes fármacos: isoniacida (H), rifampicina (R), pirazinamida (Z), etambutol (E).
- **Esquema para TB resistente:** Los medicamentos anti-TB se clasifican en grupos según su eficacia, propiedades y evaluación clínica de su efectividad anti tuberculosis y son de tres tipos: estandarizado, empírico e individualizado
 - **Grupo 1:** Agente de primera línea: isoniacida, rifampicina, etambutol, pirazinamida, rifabutina, estreptomina.

- **Grupo 2:** Agentes inyectables de segunda línea: kanamicina, amikacina, capreomicina.
- **Grupo 3:** Fluoroquinolonas, levofloxacin, moxifloxacin.
- **Grupo 4:** Agentes de segunda línea: etionamida, cicloserina, ácido para-amino salicílico, bacteriostáticos orales.
- **Grupo 5:** Agentes con evidencia limitada: clofazimina, linezolid, amoxicilina/clavulánico, meropenem, imipenem/cilastatina, dosis altas de isoniacida, claritromicina, tioridazina.(68)

d) **Medidas de prevención**

La medida preventiva más eficaz es evitar el contagio. Esto se logra eliminando las fuentes de infección presentes en la comunidad a través de la detección, diagnóstico precoz y tratamiento completo de los casos de tuberculosis pulmonar con baciloscopía positiva (BK+).

- **Vacunación BCG:** La Vacuna BCG (Bacilo de Calmette Guerin) es una vacuna viva y atenuada, obtenida originalmente a partir del Mycobacterium Boris. Su aplicación tiene como objetivo provocar la respuesta inmune útil que reduce la morbilidad tuberculosa post-infección primaria. La BCG se aplicara gratuitamente a los recién nacidos. Su importancia radica en la protección que brinda contra las formas graves de tuberculosis infantil, especialmente la meningoencefalitis tuberculosa (MECTB) y la tuberculosis miliar en la población menor de 5 años. (69)

- **Quimioprofilaxis:** Consiste en la administración diaria de isoniaciada (H) 5 mg/kg /día durante seis meses, a los contactos examinados menores de diecinueve años de los pacientes con tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva (BK+). La quimioprofilaxis disminuye el riesgo de desarrollar la enfermedad en los niños infectados

Su objetivo específico es prevenir y/o disminuir el riesgo de desarrollar la enfermedad tuberculosa en los infectados. La indicación de la quimioprofilaxis será responsabilidad exclusiva del médico tratante del establecimiento de salud. La organización y cumplimiento de la quimioprofilaxis está bajo responsabilidad de enfermería (69)

- **Control de contactos:** Se denomina contactos a las personas que conviven con el enfermo de tuberculosis pulmonar, señalando de la siguiente forma: (16)
 - **Contacto intra domiciliario:** Es aquella persona que vive en el domicilio de la persona con tuberculosis.
 - **Contacto extra domiciliario.** Es aquella persona que no vive en el domicilio de la persona con tuberculosis, sin embargo comparte ambientes comunes (colegio, trabajo, guardería, albergue). Así mismo, son considerados en esta categoría: Parejas, amigos y familiares que frecuentan a la persona con tuberculosis.

El control de contactos se precisa como la evaluación integral y seguimiento de estas personas. Tiene como objetivo prevenir la infección

y el desarrollo de enfermedad además de detectar casos nuevos de tuberculosis entre los contactos.

(16)

- **Educación para la salud:** Es un proceso de diálogo información-reflexión-acción dirigido al enfermo, su familia y a la población en general, orientado a conseguir la adopción de una conducta que disminuya la transmisión de la infección a la comunidad.(70)

Su objetivo es lograr que la población conozca las formas de protegerse y que actúe en concordancia con ellas.

El contenido de la educación se vincula a la importancia y necesidad de contribuir a:

- Que los sintomáticos respiratorios identificados sean examinados por baciloscopía.
 - Que los enfermos reciban tratamiento completo y supervisado y evitar que los abandonen.
 - Que los contactos sean examinados por el personal de salud.
 - Que los contactos menores de 15 años en contacto con enfermos con TB, reciban tratamiento.(16)
- **Cuidados en el hogar que se brinda al paciente con TB**
 - **Descanso.-** Los enfermos con tuberculosis pulmonar presentan disnea al esfuerzo, incrementa la frecuencia respiratoria; por tal motivo los periodos de descanso entre las actividades incrementa la tolerancia a la actividad y disminuye

la diseña, mejorando de esta manera la disnea.
(70)

- **Alimentación.**- La nutrición en los enfermos con tuberculosis se ve alterada, ya que la enfermedad es de curso prolongado. La tos y las respiraciones profundas incrementan la demanda de energía. En su mayoría los pacientes están desnutridos al inicio de su enfermedad. Es por ello que es necesario que los pacientes cubran sus necesidades básicas a través de la ingestión de proteínas y calorías. (70)

Es así que la insuficiente cantidad de alimentos, el no comer a la hora apropiada o dejar de ingerir algunas comidas del día sitúan a la persona en una condición de debilidad. Estos “descuidos” en la alimentación de la persona se atribuyen generalmente a factores que escapan del control del individuo, como las condiciones de pobreza en la zona. Asimismo la mala alimentación se vincula a condiciones laborales de extremo esfuerzo que exigen una ingesta mayor que la normal. La mala alimentación ocupa un lugar central en el discurso de casualidad de la tuberculosis pulmonar.

- **Medidas de Saneamiento.**- Cualquier persona es susceptible de contraer la tuberculosis pulmonar al inspirar los bacilos que exhala un enfermo o portador al hablar, estornudar, toser, o expectorar. Estas bacterias pueden permanecer suspendidas en el aire durante horas. Entre las medidas de saneamiento se incluye la técnica del cuidado durante 30 días del tratamiento farmacológico

luego del cual el paciente ya no contagia. Se considera las siguientes medidas. (70)

- Poseer un cuarto privado, dormir solo.
- El paciente al momento de toser o estornudar debe cubrirse la boca y nariz con papel o con la mano y luego lavársela. El papel utilizado embolsarlo y desecharlo.
- Limpiar el polvo de los muebles con trapo húmedo y trapear el piso con desinfectante.
- Ventilar los cuartos, principalmente donde duerme el enfermo.
- Abrir las ventanas para que ingrese los rayos solares que emiten radiaciones ultravioletas, la cual destruye al Mycobacterium Tuberculoso.

2.2.5. ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA A LA PERSONA CON TUBERCULOSIS PULMONAR

A. ENTREVISTA DE ENFERMERÍA:

Es una de las actividades de la atención integral e individualizada y debe realizarse con calidad y calidez a la persona enferma y tuberculosis y su familia. (71)

Con fines de educación, control y seguimiento.

Objetivos:

- Educar al paciente y su familia sobre la enfermedad, formas de contagio, importancia del tratamiento supervisado y la baciloscopias de control mensual.
- Contribuir a la adhesión del paciente al tratamiento mediante la buena comunicación.
- Indagar sobre antecedentes de tratamiento.

- Contribuir a un adecuado seguimiento de casos y estudio de los de su entorno.
- Identificar en el paciente conductas de riesgo a fin de realizar un trabajo de consejería.

a. Primera Entrevista

Establecer una relación cordial con el paciente.

- Identificar con el paciente y demostrarle apoyo para su curación.
- Verificar que el paciente conozca su diagnóstico y evaluar el grado de comprensión acerca de su enfermedad.
- Investigar sobre el tiempo de permanencia del paciente en el lugar y perspectivas de cambio de domicilio o trabajo, para coordinar su transferencia y decidir junto con él lugar más conveniente para recibir en forma oportuna el tratamiento antituberculoso.
- Brindar educación sobre la enfermedad, el tratamiento que va a recibir en forma supervisada, los exámenes de control y las posibles reacciones a los medicamentos, con palabras sencillas y utilizando el rotafolio de escritorio.
- Orientar a la mujer en edad fértil enferma con tuberculosis sobre la importancia del uso de medicamentos anticonceptivos para evitar en embarazo durante el tratamiento.
- Inscribir al paciente en el libro de registro y seguimiento de pacientes.
- Llenar la tarjeta de control de asistencia y administración de medicamentos.

- Informar al paciente sobre la realización de la visita domiciliaria, explicándole en forma sencilla. (69)

b. Segunda Entrevista:

- Se realiza al terminar la primera fase del tratamiento para controlar la evolución del paciente los exámenes y análisis de la tarjeta de tratamiento.
- Informar al paciente sobre la continuación del tratamiento en fase intermitente y la importancia de las baciloscopias de seguimiento.
- Reforzar la educación sanitaria y aclarar posibles dudas. Es importante conocer algunos aspectos de su vida familiar y social, así como su opinión sobre la atención que recibe en el establecimiento de salud.
- Coordinar el segundo control a los contactos.
- Orientar sobre las posibilidades de reacciones adversas a fármacos antituberculosis (prurito, dermatitis, ictericia).
- Coordinar y verificar la consulta médica de evaluación

c. Tercera Entrevista:

- Se realiza al término del tratamiento con la finalidad de recomendar al paciente que si en caso presente sintomatología respiratoria, acuda al centro de salud.
- Verificar el cumplimiento y resultado del control baciloscópico.
- Coordinar y verificar la consulta médica de alta.
- Coordinar el tercer control de contactos.
- Reforzar la autoestima de la persona que culmina el tratamiento satisfactoriamente y recomendarle que

en caso de presentar sintomatología respiratoria él o sus familiares acudan al establecimiento de salud.
(72)

B. VISITAS DOMICILIARIAS

Esta actividad consiste en acudir al domicilio del enfermo tuberculoso con la finalidad de educar al paciente y su familia. Deberá efectuarse dentro de las primeras 48 horas de realizar el diagnóstico.

Objetivos:

- Educar paciente y su familia incorporándolos activamente en la recuperación de la persona con tuberculosis.
- Identificar problemas de salud y factores condicionantes, para brindar apoyo educativo y busca de solución.
- Verificar el censo y optimizar el control de contactos.
- Contribuir al éxito del tratamiento antituberculoso recuperando al paciente inasistente. (70)

Motivos:

- Ubicación del sintomático respiratorio Bk (+) detectado para su ingreso a tratamiento.
- Ubicación y verificar que el domicilio del paciente para el ingreso al tratamiento.
- Educación sanitaria al grupo familiar sobre: importancia del tratamiento supervisado, medidas preventivas y solicitar su participación en el cuidado de la persona con tuberculosis.
- Verificar número de contactos censados a fin de facilitar su control y detectar nuevos casos de tuberculosis.

- Recuperar al paciente que no asiste al tratamiento dentro en 24 horas. (72)

C. ORGANIZACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO

La adherencia al tratamiento depende en gran parte de la relación establecida entre la persona con tuberculosis, el personal de enfermería que lo administra y el establecimiento de salud, siendo la enfermera responsable de garantizar la correcta administración del tratamiento antituberculosis.

El tratamiento es estrictamente supervisado y ambulatorio, para lo cual se requiere de lo siguiente:

- Garantizar la correcta administración de tratamiento directamente observado por el personal de enfermería en el establecimiento de salud.
- En caso de personas con tuberculosis hospitalizados, es responsabilidad del profesional de enfermería del servicio de hospitalización la administración del tratamiento supervisado, en estrecha coordinación con la enfermera responsable de la estrategia sanitaria en el establecimiento.
- Monitoreo y evaluación de desarrollo de las actividades de tratamiento.
- Verificar la dosis a administrar de acuerdo al peso del paciente.
- Vigilar la aparición de reacciones adversas.
- No entregar medicamentos para ser tomados en casa.
- En personas con tuberculosis postradas o con discapacidad, el personal de enfermería establecerá condiciones necesarias para garantizar el DOTS en el domicilio.

- En forma excepcional, en aquellas circunstancias que por el horario de atención del establecimiento, condición clínica de la persona con tuberculosis o inaccesibilidad geográfica, el tratamiento podrá administrado y supervisado por un miembro de la comunidad (promotor de salud) debidamente capacitados para tal fin, bajo supervisión del personal de salud.(70)

D. USO DEL TARJETERO

En todos los Establecimientos de Salud donde se atienden como mínimo 24 personas con tuberculosis por año, debe implementarse un sistema de tarjetero:

Conseguir una caja de madera que sirva como tarjetero y colocar separadores, estos mismos deben ser rotulados con los días de la semana, después de la administración y registro del tratamiento se colocara la tarjeta en el espacio correspondiente a la siguiente dosis.

Colocar separadores para los pacientes inasistentes, hospitalizados, curados, abandono, transferencias realizadas, fracasos y fallecidos.

Si la persona con tuberculosis no asiste a la toma de medicamentos, se deberá anotar en la tarjeta un círculo rojo en el número de dosis y su tarjeta pasará al separador de inasistentes y dentro de las 24 horas se procederá a realizar la visita domiciliaria.

E. ATENCIÓN SOCIAL

1. Atención al enfermo y a su familia

Cuando llega por primera vez al establecimiento se le debe brindar orientación, información y educación social

al enfermo, sobre todo a los enfermos de alto riesgo social.

2. Atención social al grupo

Se trata de brindar asesoría, información y capacitación, para la formación de grupos de pacientes en cada establecimiento de salud a fin de realizar actividades que aseguren su recuperación y reinserción laboral. También se buscará la incorporación del paciente al trabajo productivo, a una ocupación adecuada a las condiciones de esfuerzo físico de los pacientes para mejorar su calidad de vida.

3. Atención social comunitaria

Esto implica promover la participación activa de la comunidad en acciones de prevención y rehabilitación de la salud. (69)

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **BCG:** Bacillus de Calmette y Guérin vacuna contra la tuberculosis. (72)
- **Contacto:** Trato que se establece entre dos o más personas u organizaciones. (73)
- **Dieta:** La cantidad de alimentos y bebidas que se le proporciona a un organismo en un periodo de 24 horas, (74)
- **Quimioprofilaxis:** Conjunto de medidas que se toman para proteger o preservar de las enfermedades y que consiste en la administración de sustancias químicas. (75)
- **DOTS:** Siglas inglesas para el Sistema de Tratamiento por Observación Directa. Consiste en proporcionar el tratamiento

individualizado y comprobar que el individuo afectado lo toma en cada ocasión. (76)

- **Factor de riesgo:** Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene. (77)
- **Nivel de prevención:** La Prevención se define como las “Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. (78)

Las actividades preventivas se pueden clasificar en tres niveles:

- **La prevención primaria:** evita la adquisición de la enfermedad (vacunación, eliminación y control de riesgos ambientales, educación sanitaria, etc.).
- **La prevención secundaria:** va encaminada a detectar la enfermedad en estadios precoces en los que el establecimiento de medidas adecuadas puede impedir su progresión.
- **La prevención terciaria:** comprende aquellas medidas dirigidas al tratamiento y a la rehabilitación de una enfermedad para ralentizar su progresión y, con ello la aparición o el agravamiento de complicaciones e invalidades e intentando mejorar la calidad de vida de los pacientes.
- **Medidas de prevención:** Las medidas preventivas son las decisiones que debe adoptar, lo que implica el tomar las medidas precautorias necesarias y más adecuadas con la misión de contrarrestar un perjuicio o algún daño que pueda producirse. (78)

- **Microred:** es el conjunto de establecimientos de salud del primer nivel de atención cuya articulación funcional, según criterios de accesibilidad y ámbito geográfico, facilita la organización de la prestación de servicios de salud. (79)

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

Existe relación significativa entre la participación familiar y la adherencia al tratamiento del paciente con tuberculosis pulmonar en Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma.

2.4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

H1: La participación familiar es muy favorable en el paciente con tuberculosis pulmonar en Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma.

H0: La participación familiar es desfavorable en el paciente con tuberculosis pulmonar en Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma.

H2: La adherencia al tratamiento es alta en el paciente con tuberculosis pulmonar en Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma.

H0: La adherencia al tratamiento es baja en el paciente con tuberculosis pulmonar en Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma.

H3: Existe relación significativa entre el apoyo afectivo y la adherencia al tratamiento en el paciente con tuberculosis pulmonar en Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma.

H0: No existe relación significativa entre el apoyo afectivo y la adherencia al tratamiento en el paciente con tuberculosis pulmonar en Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma.

H4: Existe relación significativa entre el apoyo socioeconómico y la adherencia al tratamiento en el paciente con tuberculosis pulmonar en Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma.

H0: No existe relación significativa entre el apoyo socioeconómico y la adherencia al tratamiento en el paciente con tuberculosis pulmonar en Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma.

H5: Existe relación significativa entre el apoyo emocional y la adherencia al tratamiento en el paciente con tuberculosis pulmonar en en Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma.

H0: No existe relación significativa entre el apoyo emocional y la adherencia al tratamiento en el paciente con tuberculosis pulmonar en Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma.

2.5. VARIABLES

A. Variable X. Participación Familiar

a. Indicadores:

- Apoyo afectivo
- Apoyo emocional
- Apoyo económico y social

B. Variable Y. Adherencia al tratamiento

b. Indicadores:

- Adherencia farmacológica
- Adherencia alimentaria
- Adherencia a medidas preventivas

C. Variables Intervinientes

- Edad:

Es el término que se utiliza para hacer mención al tiempo que ha vivido un ser vivo.

- a. 18 a 20 años
- b. 21 a 40 años
- c. 41 a 60 años
- d. 61 a 80 años

- Sexo:

Es la clasificación del sexo de una persona en función de ser mujer o varón.

- a. Masculino
- b. Femenino

- **Procedencia:**

Se emplea para designar el origen, el comienzo que ostenta algo, una persona y del cual entonces procede.

- a. De la ciudad
- b. De distrito
- c. De provincia
- d. De otra región

- **Estado civil:**

Es la situación de las personas físicas determinadas por sus relaciones de familia provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

- a. Soltero
- b. Conviviente
- c. Casado
- d. Divorciado/separado
- e. Viudo

- **Grado de instrucción:**

Se refiere al periodo, medido en años escolares, que una persona ha permanecido en el sistema educativo formal.

- a. Sin instrucción
- b. Primaria
- c. Secundaria
- d. Superior

- **Ocupación:**

Es el resultado del desarrollo económico que marca una pauta importante en el desenvolvimiento de una persona. Se expresa en la ocupación del principal sostén y el patrimonio del hogar.

- a. Independiente

- b. Dependiente
- c. Su casa
- d. Jubilado(a)

- **Sustento del hogar:**

Persona que sirve de apoyo, a algo o de alguien que necesita para poder tener cumplidas sus necesidades básicas.

- a. Esposo
- b. Hijos
- c. Padres
- d. Paciente

2.5.1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE

A. Participación Familiar

Participación es la intervención directa e indirecta en la toma de decisiones y las responsabilidades desde el lugar en el que se está, desde la función que se ocupa, para ello es necesario el diálogo y la organización. Implica también involucrarse personalmente en las tareas necesarias, insistir en aquellos aspectos que se quieren modificar o mejorar. Considerando a la familia como un organismo vivo.

B. Adherencia al Tratamiento

La adherencia al tratamiento es el nivel de comportamiento del paciente respecto a cumplir con su tratamiento, adoptar un régimen alimentario y adquirir cambios sobre estilos de vida saludable.

2.5.2. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE

A. Participación Familiar

La participación familiar del paciente con tuberculosis pulmonar se define como la intervención de la familia en la

toma de decisiones y responsabilidades en cuanto al cuidado del miembro de la familia que padece de la enfermedad.

Asimismo el apoyo que ofrece la familia al paciente durante su enfermedad, varía entre el aspecto emocional, social y económico, brindando soporte cuando lo necesite, cuyo valor final será favorable o desfavorable.

ESCALA	PUNTUACIÓN
MUY FAVORABLE	18 – 23 puntos
FAVORABLE	11 – 17 puntos
DESFAVORABLE	0 – 10 puntos

B. Adherencia al Tratamiento

La adherencia al tratamiento, se define como la conducta del paciente que coincide con la capacidad y actitud para cumplir con todo lo que se le indica, como el asistir a las citas programadas, tomar los medicamentos según indicación. Asimismo, la adherencia alimentaria direcciona un régimen alimentario y la adherencia a medidas preventivas tiene por regla los cambios sobre estilos de vida saludable.

Midiéndose de la siguiente forma:

ESCALA	PUNTUACIÓN
Adherencia Total alta	20 – 30 puntos
Adherencia Total media	11 – 19 puntos
Adherencia Total baja	00 – 10 puntos

2.5.3. OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADORES	SUB INDICADORES	INSTRUMENTO	NÚMERO DE ÍTEMS	CATEGORÍA	ESCALA
Variable X Participación Familiar	- Apoyo afectivo	<ul style="list-style-type: none"> - Afecto. - Motivación. - Preocupación. - Tranquilidad. - Aliento y ánimo. 	Cuestionario	1,2,3,4,5	Participación familiar MUY FAVORABLE: 18 – 23 puntos FAVORABLE: 11 – 17 puntos. DESFAVORABLE : 0 – 10 puntos	Ordinal
	- Apoyo emocional	<ul style="list-style-type: none"> - Empatía. - Cuidado. - Espiritualidad. - Amor. - Confianza. 	Cuestionario	15,16,17,18,19,20,21,22,23		
	- Apoyo socio-económico	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfacción de necesidades económicas. - Satisfacción de necesidades sociales. - Actividad recreativa. 	Cuestionario	6,7,8,9,10,11,12,13,14		
Variable Y Adherencia al tratamiento	- Adherencia farmacológica	<ul style="list-style-type: none"> - Esquema de tratamiento al que pertenece. - Importancia del cumplimiento al tratamiento. - Reacciones adversas. - Exámenes de control mensualmente. 	Cuestionario	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10	Adherencia al tratamiento ADHERENCIA TOTAL ALTA: 20-30 puntos ADHERENCIA TOTAL MEDIA: 11-19 puntos ADHERENCIA TOTAL BAJA: 0-10 puntos	Ordinal
	- Adherencia a medidas preventivas	<ul style="list-style-type: none"> - Bioseguridad en la vivienda. - Control de contactos. - Higiene. 	Cuestionario	11,12,13,14,15,16,17,18,19,20		
	- Adherencia alimentaria	<ul style="list-style-type: none"> - Asesoría nutricional y seguimiento. - Los alimentos y su selección. - La suplementación de la dieta. - Control de peso. 	Cuestionario	21,22,23,24,25,26,27,28,29,30		

2.5.4. OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES INTERVINIENTES

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	INSTRUMENTO
Sexo	Categórica dicotómica	Masculino. Femenino.	Nominal		Ficha de datos
Edad	Numérica discreta	Intervalo.	Razón	Años	
Procedencia	Categórica politómica	Arequipa. Puno. Moquegua. Cusco. Madre de Dios. Tacna.	Nominal		
Estado civil	Categórica politómica	Casada. Soltera. Viuda. Divorciada. Conviviente.	Nominal		
Grado de instrucción	Cualitativa	Primaria. Secundaria. Técnico. Superior.	Ordinal		
Ocupación	Categórica politómica	Independiente. Dependiente. Su casa. Jubilado.	Nominal		
Sustento del hogar	Categórica politómica	Esposo. Hijos. Padres. Paciente.	Nominal		

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

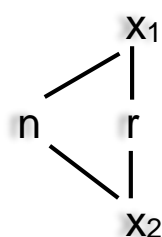
El tipo de investigación es descriptiva, que pertenece al paradigma positivista, al enfoque cuantitativo porque permite analizar las variables de estudio, corresponde al método expos facto.

Según el número de variables es un estudio bivariado; según el número de mediciones es un estudio transversal, según la temporalidad es un estudio prospectivo; según el lugar donde se realiza la investigación es un estudio de campo; es una investigación científica porque se basa en teorías, principios y categorías ya estudiadas.

3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Se utilizó un estudio básico de nivel descriptivo, con enfoque cuantitativo con un diseño descriptivo correlacional, prospectivo de corte transversal. Descriptivo porque permitirá describir o detallar la situación de las variables tal y como se presentaron. Correlacional: permitirá correlacionar las variables causa-efecto. Transversal porque se estudiaran las variables simultáneamente en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.

3.1.3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



Donde:

- n = Población
- x₁ = Participación familiar
- x₂ = Adherencia al tratamiento
- r = Correlación entre ambas variables

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

A. UBICACIÓN ESPACIAL

El presente estudio se realizó en 3 Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma, las cuales pasó a detallar:

a. MICRORED MARITZA CAMPOS DIAZ – ZAMÁCOLA

C.S. Maritza Campos Díaz - Zamácola con clasificación de Centro de salud con camas de internamiento (06), categoría I-4, ubicada en la Esquina Yaraví con Maraón S/N Zamácola en la margen derecha del distrito de Cerro Colorado, en la provincia y departamento de Arequipa, cuenta con local propio, tiene dos plantas físicas de material noble, la misma que tiene una antigüedad de 32 años y cuenta con 45 ambientes, con un horario de atención de 24 horas al día, de lunes a domingo y feriados. El Centro de Salud tiene a su cargo las localidades de: Zamácola, Víctor Andrés Belaunde, Rio Seco, Ciudad Municipal y Nazareno, que brindan atención de 12 horas al día.

Cuenta con una infraestructura física de 37 años de antigüedad, cuenta con 45 ambientes, las cuales se distribuyen en dos niveles de planta física.

Brinda los servicios de:

- **Consulta externa:** Consultorio de Medicina General, Odontología, Obstetricia, Enfermería (AIS, Niño, Niña), Inmunizaciones, Estimulación Temprana, Psicología, Nutrición, Adolescente (AIS Adolescente), Estrategia Tratamiento TBC, Triage, Emergencia, Tópico.
- **Servicio Preventivo Promocional:** Programa de Familias y Comunidades, Promoción de la Salud, Saneamiento Ambiental.
- **Servicios Asistenciales Intermedios:** Laboratorio clínico, Farmacia, Servicio Social, Seguro Integral de Salud.

Personal que labora (90): Médico Cirujano, Médico Veterinario, Cirujano Dental, Químico Farmacéutico, Obstetra, Enfermera, Bióloga, Asistente Social, Nutricionista, Psicología, Técnico Administrativo, Técnico de Enfermería, Inspector Sanitario, Auxiliar de Servicios, Artesano, Personal de Limpieza.

Población adscrita al 2016 es de 140 965.

El programa de Atención a Pacientes con tuberculosis Pulmonar para su tratamiento, cuenta con 01 Profesional de Enfermería.

La atención es de lunes a domingos de 24 horas.

b. MICRORED ALTO SELVA ALEGRE

El Centro Salud Alto Selva Alegre está ubicado en la Av. España 301 al costado de la comisaria Alto Selva Alegre, considerada dentro de la categoría I-3, su horario de atención es de 7:30 am a 7:30 pm de lunes a domingos. Está integrada por 2 centros de salud. El Centro de Salud Alto Selva Alegre y el Centro de Salud Independencia que brindan atención 12 horas al día, 4 Puestos de salud: Los Puestos de Salud Apurímac, Héroes del Cenepa y Leones del Misti que atienden 12 horas al día y el Puesto de Salud Juan Bautista que brinda atención 6 horas al día.

Brinda los servicios de:

- **Consulta externa:** Consultorio de Medicina General, Odontología, Obstetricia, Enfermería (AIS, Niño, Niña), Inmunizaciones, Estimulación Temprana, Psicología, Nutrición, Adolescente (AIS Adolescente), Estrategia Tratamiento TBC, Triage, Emergencia, Tópico.
- **Servicio Preventivo Promocional:** Programa de Familias y Comunidades, Promoción de la Salud, Saneamiento Ambiental.
- **Servicios Asistenciales Intermedios:** Laboratorio clínico, Farmacia, Servicio Social, Seguro Integral de Salud.

Personal que labora (70): Médico Cirujano, Médico Veterinario, Cirujano Dental, Químico Farmacéutico, Obstetra, Enfermera, Bióloga, Asistente Social, Nutricionista, Psicología, Técnico Administrativo, Técnico de Enfermería, Inspector Sanitario, Auxiliar de Servicios, Artesano, Personal de Limpieza.

Población adscrita al año 2016 es de 84 057.

El programa de Atención a Pacientes con tuberculosis Pulmonar para su tratamiento, cuenta con 01 Profesional de Enfermería
La atención es de lunes a sábado de 7:30 am a 1:30 pm y de 1:30 pm a 7:30 pm.

c. **MICRORED MARIANO MELGAR**

El Centro de Salud Mariano Melgar, con clasificación de Centro de salud con camas de internamiento (08), categoría I-4, está ubicado en la Calle Ica N° 303 de la Urb. San Lorenzo, Mariano Melgar, provincia y departamento de Arequipa; su horario de atención es de 24 horas al día de lunes a domingos. Está integrada por dos Centros de Salud: Los Puestos de Salud Atalaya y Santa Rosa, que brindan atención 6 horas al día.

Brinda los servicios de:

- **Consulta externa:** Consultorio de Medicina General, Odontología, Obstetricia, Enfermería (AIS, Niño, Niña), Inmunizaciones, Estimulación Temprana, Psicología, Nutrición, Adolescente (AIS Adolescente), Estrategia Tratamiento TBC, Triage, Emergencia, Tópico.
- **Servicio Preventivo Promocional:** Programa de Familias y Comunidades, Promoción de la Salud, Saneamiento Ambiental.
- **Servicios Asistenciales Intermedios:** Laboratorio clínico, Farmacia, Servicio Social, Seguro Integral de Salud.

Personal que labora (48): Médico Cirujano, Médico Veterinario, Cirujano Dental, Químico Farmacéutico, Obstetra, Enfermera, Bióloga, Asistente Social, Nutricionista, Psicología, Técnico Administrativo, Técnico de Enfermería, Inspector Sanitario, Auxiliar de Servicios, Artesano, Personal de Limpieza.

Población adscrita al 2016 es de 52837.

El programa de Atención a Pacientes con tuberculosis Pulmonar para su tratamiento, cuenta con 01 Profesional de Enfermería
La atención es de lunes a domingo de 24 horas.

B. UBICACIÓN TEMPORAL

Estudio que se realizó entre los meses de agosto a enero del año 2019.

3.3. POBLACIÓN

La población de estudio estuvo constituida por 70 pacientes con Tuberculosis Pulmonar que asisten a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis de las Microredes Maritza Campos

Díaz – Zamácola, Alto Selva Alegre y Mariano Melgar, Arequipa, durante los meses de agosto a enero del 2019.

MICROREDES	TOTAL
C.S. MARITZA CAMPOS DIAZ – ZAMACOLA	36
C.S. ALTO SELVA ALEGRE	20
C.S. MARIANO MELGAR	14
TOTAL	70

3.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Personas con diagnóstico de tuberculosis pulmonares mayores de 18 años sin distinción de sexo.
- Pacientes con tuberculosis pulmonar registradas en el Programa de Control de Tuberculosis Pulmonar que reciban el tratamiento en las Microredes Maritza Campos Díaz – Zamácola, Alto Selva Alegre y Mariano Melgar”.
- Paciente con Esquema de Tratamiento Sensible.

3.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Personas con una enfermedad concomitante a la tuberculosis pulmonar.
- Pacientes que no deseen participar voluntariamente de la investigación.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1. TÉCNICAS

La técnica a emplear para la investigación será la encuesta.

3.4.2. INSTRUMENTOS

Se utilizaron dos instrumentos para el presente estudio:

PRIMER INSTRUMENTO:

Cuestionario de Participación familiar, elaborado por la autora que consta de 23 ítems donde la ponderación para los ítems.

DIMENSIONES	ITEMS
Apoyo afectivo	01 – 05
Apoyo emocional	06 – 14
Apoyo socioeconómico	15 – 23

La ponderación de los ítems.

- NO : 0 puntos;
- SI : 1 punto.

Cuyo puntaje fue un total máximo es 23 puntos distribuyéndose en las siguientes escalas:

ESCALA	PUNTUACIÓN
MUY FAVORABLE	18 – 23 puntos
FAVORABLE	11 – 17 puntos
DESFAVORABLE	0 – 10 puntos

SEGUNDO INSTRUMENTO: Cuestionario de adherencia al tratamiento, instrumento elaborado por la autora que consta de 30 ítems dividido en tres dimensiones.

Adherencia farmacológica: Consta de 10 ítems: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9,10.

ESCALA	PUNTUACIÓN
Adherencia Farmacológica alta	08 – 10 puntos
Adherencia Farmacológica media	04 – 07 puntos
Adherencia Farmacológica baja	00 – 03 puntos

Adherencia a Medidas Preventivas consta con 10 ítems:11,12,13,14,15,16,17,18,19,20.

ESCALA	PUNTUACIÓN
Adherencia a medidas preventivas alta	08 – 10 puntos
Adherencia a medidas preventivas media	04 – 07 puntos
Adherencia a medidas preventivas baja	00 – 03 puntos

Adherencia Alimentaria consta de 10 ítems: 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29,30.

ESCALA	PUNTUACIÓN
Adherencia Alimentaria alta	08 – 10 puntos
Adherencia Alimentaria media	04 – 07 puntos
Adherencia Alimentaria baja	00 – 03 puntos

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO TOTAL

ESCALA	PUNTUACIÓN
Adherencia Total alta	20 – 30 puntos
Adherencia Total media	11 – 19 puntos
Adherencia Total baja	00 – 10 puntos

Los criterios de evaluación son cualitativos SI y NO y cuantitativos SI = 1 y NO = 0 puntos respectivamente, teniendo como puntaje máximo con 30 puntos y puntaje mínimo con 0 puntos.

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para la validez de los dos instrumentos, estos fueron sometidos a juicio de expertos para su validez; participaron 01 profesional de enfermería que labora en la Estrategia Sanitaria Control de la Tuberculosis, 03 docentes de la universidad expertos en el tema cuyas opiniones, recomendaciones y sugerencias, nos sirvieron para poder contribuir y mejorar los instrumentos.

Asimismo se realizó la prueba binomial donde señala que existió concordancia significativa entre los ítems del instrumento ($\alpha=0,001$).

Para determinar la confiabilidad del instrumento se aplicó una prueba piloto al 10% de los pacientes con tuberculosis pulmonar registrados en el Programa de Control de Tuberculosis de las Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma. Los resultados fueron analizados en SPSS versión 22 y se determinó la confiabilidad mediante la prueba de Alfa de Cronbach.

El instrumento de participación familiar tiene una confiabilidad de 0.963 y el instrumento de adherencia al tratamiento de la tuberculosis pulmonar tiene una confiabilidad de 0.904; valores considerados satisfactorios y confiables.

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

A través de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas Filial Arequipa se solicitó una carta de presentación de la investigadora, dirigida a los Establecimientos de Salud de la Red de Salud Arequipa – Caylloma, donde se llevó a cabo el presente estudio.

Posteriormente, se realizó las coordinaciones con el profesional de Enfermería responsable de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis de los Establecimientos de Salud donde se realizó el estudio, para facilitar la ejecución de la investigación.

- Se solicitó la autorización y participación voluntaria de las personas afectadas por tuberculosis, mediante la ficha de captación y ficha de consentimiento informado, dando a conocer el propósito del estudio y procedimiento a realizarse.
- Se aplicó los cuestionarios a las personas en estudio en un tiempo de 45 minutos de forma diaria por 8 semanas.
- Se realizó visitas domiciliarias programadas con el Establecimiento de Salud, teniendo como finalidad el de contribuir con las metas establecidas del Programa de Control de Tuberculosis el cual señala la monitorización y seguimiento de los pacientes con tuberculosis pulmonar y de paso verificar la participación de la familia en el cuidado de la persona que padece la enfermedad.
- Asimismo se ayudó en la elaboración de reportes de visitas domiciliarias realizadas a cada paciente adscrito del establecimiento en cuestión.
- Posteriormente, se procesó la información obtenida, para analizar e interpretar los resultados, utilizando programas de computación: Excel para realizar de la tabulación y mediante el SPSS se demostrará la prueba de nivel de Alpha de Cronbach y posteriormente se hizo la constatación de Hipótesis, en donde el nivel de significancia es 0.05, nivel de confianza 95% y 5% de error. Los datos obtenidos durante la investigación fueron procesados y tabulados con los estadígrafos de estadística descriptiva e inferencial. Para la contratación de la hipótesis se utilizó la prueba estadística Chi cuadrada.
- Consecutivamente, se realizó, la discusión, las conclusiones y recomendaciones.
- Se presentó el informe de tesis al comité científico de la escuela de Enfermería para su revisión y aprobación.
- Sometido el informe final a revisión y aprobación por parte del comité científico se solicitó la fecha para la sustentación del informe final frente al jurado designado.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Los resultados de la investigación son presentados en tablas de frecuencia absolutas y relativas de cada una de las variables en estudio.

Para establecer las relaciones en el estudio se realizan tablas de contingencia o tabulación cruzada, las mismas que nos permitieron relacionar las variables de estudio es decir la participación familiar y adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis Pulmonar en las Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma.

Para precisar las relaciones y demostrar estadísticamente las relaciones se utilizó el estadístico no paramétrico de la ji cuadrada. Cuya fórmula es:

$$x^2 = \sum \frac{o - e^2}{e}$$

Σ = Sumatoria.

o = Frecuencias observadas.

e = Frecuencias esperadas.

Tabla 1:

Distribución de frecuencias sobre las características personales de los pacientes con tuberculosis pulmonar en las Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma, Arequipa, 2018.

Sexo	fi	%
Masculino	50	71,4
Femenino	20	28,6
Edad		
18 a 20 años	12	17,1
21 a 40 Años	37	52,9
41 a 60 Años	11	15,7
61 a 80 años	10	14,3
Estado civil		
Soltero	34	48,6
Conviviente	19	27,1
Divorciado	10	14,3
Viudo	4	5,7
Casado	3	4,3
Lugar de procedencia		
Ciudad	43	61,4
Distrito	8	11,4
Provincia	6	8,6
Región	13	18,6
Grado de instrucción		
Sin instrucción	5	7,1
Primaria	5	7,1
Secundaria	34	48,6
Superior	26	37,1
Ocupación		
Dependiente	33	47,1
Independiente	30	42,9
Su casa	7	10,0
Sustento del hogar		
Padres	29	41,4
Paciente	16	22,9
Hijos(as)	14	20,0
Esposo(a)	11	15,7
Total	70	100,0

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla se aprecia que el 71.4% son de sexo masculino, el 52,9 % la edad fluctúa entre 21 a 40 años, el 48.6% son solteros, el 61.4% provienen de la ciudad de Arequipa, el 48.6% tiene grado de instrucción secundaria, el 47.1% con ocupación dependiente, y el 41,4% de los casos los padres son el sustento del hogar.

Tabla 2:

Distribución de frecuencias sobre el nivel de participación familiar de los pacientes con tuberculosis pulmonar en las Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma, Arequipa, 2018.

Nivel participación familiar	fi	%
Muy favorable	31	44,3
Favorable	11	15,7
Desfavorable	28	40,0
Total	70	100,0

Fuente: elaboración propia

La tabla nos muestra los resultados relacionados con el nivel de participación familiar de los parientes de pacientes con Tuberculosis Pulmonar que acuden a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis. Tenemos que el 44.3% tienen un nivel muy favorable; el 15.7% favorable, mientras que un 40% tienen un nivel de participación familiar desfavorable.

Tabla 3:

Distribución de frecuencias sobre el nivel de apoyo afectivo de los pacientes con tuberculosis pulmonar en las Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma, Arequipa, 2018.

Nivel de apoyo afectivo	fi	%
Muy favorable	36	51,4
Favorable	15	21,5
Desfavorable	19	27,1
Total	70	100,0

Fuente: elaboración propia

La tabla nos muestra los resultados relacionados con el apoyo afectivo de los familiares de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar que acuden a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis. Tenemos que el 51.4% reciben un apoyo afectivo muy favorable; el 21.5% reciben un apoyo favorable, mientras que el apoyo afectivo es desfavorable en el 27.1% de los casos.

Tabla 4:

Distribución de frecuencias sobre el nivel de apoyo emocional de los pacientes con tuberculosis pulmonar en las Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma, Arequipa, 2018.

Nivel de apoyo emocional	fi	%
Muy favorable	22	31,4
Favorable	22	31,5
Desfavorable	26	37,1
Total	70	100,0

Fuente: elaboración propia

La tabla nos muestra los resultados relacionados con el apoyo emocional de los familiares de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar que acuden a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis. Tenemos que el 31.4% reciben un apoyo emocional muy favorable; el 31.5 reciben un apoyo favorable, mientras que el apoyo emocional es desfavorable en el 37.1% de los casos.

Tabla 5:

Distribución de frecuencias sobre el nivel de apoyo socioeconómico de los pacientes con tuberculosis pulmonar en las Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma, Arequipa, 2018.

Nivel de apoyo socioeconómico	fi	%
Muy favorable	35	50,0
Favorable	13	18,6
Desfavorable	22	31,4
Total	70	100,0

Fuente: elaboración propia

La tabla nos muestra los resultados relacionados con el apoyo socioeconómico de los familiares de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar que acuden a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis. Tenemos que el 50.0% reciben un apoyo socioeconómico muy favorable; el 18.6% reciben un apoyo favorable, mientras que el apoyo socioeconómico es desfavorable en el 31.4% de los casos.

Tabla 6:

Distribución de frecuencias sobre la adherencia farmacológica de los pacientes con tuberculosis pulmonar en las Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma, Arequipa, 2018.

Adherencia farmacológica	fi	%
Alta	39	55,7
Media	24	34,3
Baja	7	10,0
Total	70	100,0

Fuente: elaboración propia

La tabla nos presenta resultados relacionados con el nivel de adherencia farmacológica de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar que acuden a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis. Tenemos que el 55.7% tienen una alta adherencia al tratamiento; un 34.3% tienen una adherencia media y solo un 10% tiene una baja adherencia.

Tabla 7:

Distribución de frecuencias sobre la adherencia a las medidas preventivas de los pacientes con tuberculosis pulmonar en las Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma, Arequipa, 2018.

Adherencia a medidas preventivas	fi	%
Alta	36	51,4
Media	28	40,0
Baja	6	8,6
Total	70	100,0

Fuente: elaboración propia

La tabla nos presenta resultados relacionados con la adherencia a las medidas preventivas de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar que acuden a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis. Tenemos que el 51.4% tienen una alta adherencia a las medidas preventivas de la enfermedad; un 40.0% tienen una adherencia media y solo un 8.6% tiene una baja adherencia.

Tabla 8:

Distribución de frecuencias sobre la adherencia alimentaria de los pacientes con tuberculosis pulmonar en las Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma, Arequipa, 2018.

Adherencia Alimentaria	fi	%
Alta	15	21,4
Media	48	68,5
Baja	7	10,0
Total	70	100,0

Fuente: elaboración propia

La tabla nos presenta resultados relacionados con la adherencia alimentaria de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar que acuden a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis. Tenemos que el 21.4% tienen una alta adherencia alimentaria; un 68.5% tienen una adherencia media y solo un 10% tiene una baja adherencia alimentaria.

Tabla 9:

Distribución de frecuencias sobre la adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis pulmonar en las Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma, Arequipa, 2018.

Adherencia al tratamiento	fi	%
Adherencia alta	47	67,1
Adherencia media	18	25,7
Adherencia baja	5	7,1
Total	70	100,0

Fuente: elaboración propia

La tabla nos presenta resultados relacionados con la adherencia al tratamiento de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar que acuden a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis. Tenemos que el 67.1% tienen una alta adherencia al tratamiento; un 25.7% tienen una adherencia media y solo un 7.1% tiene una baja adherencia al tratamiento.

Tabla 10:

Correlación entre apoyo afectivo y adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis pulmonar en las Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma, Arequipa, 2018.

		Adherencia al tratamiento						Total	
		Baja		Media		Alta		fi	%
		fi	%	fi	%	fi	%			fi	%
Apoyo afectivo	Desfavorable	3	4,3	6	8,7	10	14,5	19	27,5
	Favorable	0	0,0	6	8,7	9	13,0	15	21,7
	Muy favorable	2	2,9	6	8,7	27	39,1	35	50,7
Total		5	7,2	18	26,1	46	66,7	69	100,0

Fuente: elaboración propia

$$p = 0,0149 \quad \text{Chi cuadrado} = 11,067 \quad \text{gl} = 4$$

En la presente tabla se aprecia que el 39.1% de los pacientes con tuberculosis que reciben apoyo afectivo muy favorable por parte de su familia tienen un adherencia al tratamiento alta, por lo que se puede notar la importancia de dicho apoyo en el cumplimiento de su tratamiento.

Con un nivel de confianza del 95% y un nivel de significancia del 5% existe relación significativa ($p = 0,014 < 0.05$) entre el apoyo afectivo y la adherencia al tratamiento en pacientes con Tuberculosis Pulmonar que acuden a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis, por lo tanto se acepta la hipótesis H_2 y se rechaza la H_0 .

Tabla 11:

Correlación entre apoyo emocional y adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis pulmonar en las Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma, Arequipa, 2018.

		Adherencia al tratamiento						Total	
		Baja		Media		Alta		fi	%
		fi	%	fi	%	fi	%		
Apoyo emocional	Desfavorable	3	4,3	11	15,9	12	17,4	26	37,7
	Favorable	2	2,9	5	7,2	14	20,3	21	30,4
	Muy favorable	0	0,0	2	2,9	20	29,0	22	31,9
Total		5	7,2	18	26,1	46	66,7	69	100,0

Fuente: elaboración propia

P = 0,026 Chi cuadrado = 11,086 gl = 4

En la presente tabla se aprecia que el 29% de los pacientes con tuberculosis que reciben apoyo emocional muy favorable por parte de su familia tienen una adherencia al tratamiento alta, por lo que se puede notar la importancia de dicho apoyo en el cumplimiento de su tratamiento.

Con un nivel de confianza del 95% y un nivel de significancia del 5% existe relación significativa ($p = 0,026 < 0,05$) entre el apoyo emocional y la adherencia al tratamiento en pacientes con Tuberculosis Pulmonar que acuden a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis, por lo tanto se acepta la hipótesis H_3 y se rechaza la H_0 .

Tabla 12:

Correlación entre apoyo socioeconómico y adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis pulmonar en las Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma, Arequipa, 2018.

		Adherencia al tratamiento						Total	
		Baja		Media		Alta		fi	%
		fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Apoyo socio-económico	Desfavorable	3	4,3	7	10,1	12	17,4	22	31,9
	Favorable	0	0,0	6	8,7	6	8,7	12	17,4
	Muy favorable	2	2,9	5	7,2	28	40,6	35	50,7
Total		5	7,2	18	26,1	46	66,7	69	100,0

Fuente: elaboración propia

$$p = 0,0063 \quad \text{Chi cuadrado} = 8,917 \quad \text{gl} = 4$$

En la presente tabla se aprecia que el 40.6% de los pacientes con tuberculosis que reciben apoyo socioeconómico muy favorable por parte de su familia tienen una adherencia al tratamiento alta, por lo que se puede notar la importancia de dicho apoyo en el cumplimiento de su tratamiento.

Con un nivel de confianza del 95% y un nivel de significancia del 5% existe relación significativa ($p = 0,0063 < 0.05$) entre el apoyo socioeconómico y la adherencia al tratamiento en pacientes con Tuberculosis Pulmonar que acuden a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis, por lo tanto se acepta la hipótesis H_4 y se rechaza la H_0 .

Tabla 13:

Correlación entre participación familiar y adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis pulmonar en las Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma, Arequipa, 2018.

		Adherencia al tratamiento						Total	
		Baja		Media		Alta		fi	%
		fi	%	fi	%	fi	%		
Participación Familiar	Desfavorable	3	4,3	11	15,9	14	20,3	28	40,6
	Favorable	0	0,0	3	4,3	7	10,1	10	14,5
	Muy favorable	2	2,9	4	5,8	25	36,2	31	44,9
Total		5	7,2	18	26,1	46	66,7	69	100,0

Fuente: elaboración propia

$$p = 0,0121 \quad \text{Chi cuadrado} = 7,302 \quad \text{gl} = 4$$

En la presente tabla se aprecia que el 36,2% de los pacientes con tuberculosis con la participación familiar muy favorable tienen una adherencia al tratamiento muy alta, por lo que se puede notar la importancia de dicho apoyo en el cumplimiento de su tratamiento.

Con un nivel de confianza del 95% y un nivel de significancia del 5% existe relación significativa ($p = 0,00121 < 0.05$) entre la participación familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes con Tuberculosis Pulmonar que acuden a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis, por lo tanto se acepta la hipótesis general.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

La tuberculosis es una enfermedad endémica en el Perú, cuya incidencia se ha incrementado en los últimos años, llegando a ocupar el segundo lugar en América Latina después de Haití (Rios, 2018). Se han señalado diversas causas que han provocado este incremento, principalmente de los casos multidrogoresistentes (MDR) y extremadamente resistentes al tratamiento (XDR).

En la tabla 1, se aprecia que el 71.4% son de sexo masculino, el 52,9 % la edad fluctúa entre 21 a 40 años, el 48.6% son solteros, el 61.4% provienen de la ciudad, el 48.6% tiene grado de instrucción secundaria, el 47.1% de ocupación dependiente, el 42.9% son independientes. Resultados casi similares a lo propuesto por Suarez C. (4) donde la edad media oscila entre 21 a 40 años, con respecto al sexo un 64% son de sexo masculino, en cuanto al nivel de instrucción predomina un 62% secundaria, el 66% son solteros, el 42% tiene trabajo independiente. Se puede inferir que las características sociodemográficas son un indicador de la población adulta joven y adulta en situación de riesgo, incrementando la vulnerabilidad del individuo desde el punto de vista socioeconómico y biológico, influyendo sobre su capacidad inmunológica.

En la tabla 2, en cuanto al nivel de participación familiar de los pacientes estudiados, se aprecia que el 44.3% tienen un nivel muy favorable; el 15.7% favorable, mientras que un 40% tienen un nivel de participación familiar desfavorable, Sin embargo en el estudio de Suarez (4) concluye que el 54% presentan una participación de la familia medianamente favorable, 30% favorable y un 16% desfavorable de pacientes con tuberculosis, son diferentes a los obtenidos en la presente investigación, donde se aprecia un porcentaje considerable de participación muy favorable.

En la tabla 3, nos muestra resultados relacionados con el apoyo afectivo de los familiares de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar Tenemos que el 51.4% reciben un apoyo afectivo muy favorable; el 21.5 reciben un apoyo favorable,

mientras que el apoyo afectivo es desfavorable en el 27.1% de los casos. Resultados que ratifican la teoría de apoyo (35), donde el apoyo afectivo, es manifestado por brindar sentimientos de cariño, gestos de amor y consuelo que se trasmite a través de un proceso interactivo entre uno o más personas intensificando la relación entre los miembros de una familia, creando lazos para fortalecer la unión; estos sentimientos hacia la persona enferma, genera vínculos y transmite la satisfacción de ser amado(a), una sensación de confort espiritual.

En la tabla 4, nos muestra los resultados relacionados con el apoyo emocional de los familiares de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar, el 31.4% reciben un apoyo emocional muy favorable; el 31.5% reciben un apoyo favorable, mientras que el apoyo emocional es desfavorable en el 37.1% de los casos. Resultados que a diferencia de lo expuesto por Ccalla, S. y Quispe, M. (20) donde el apoyo emocional presentó un nivel medio con un 39.39%, porcentaje superior a lo encontrado en la presente investigación que muestra una preocupante cifra desfavorable en cuanto al apoyo emocional que recibe dicho paciente, siendo los miembros de la familia, un ente motivador, el cual mejora la actitud de la persona enferma para lograr seguir con su tratamiento terapéutico, con el fin de concluir el régimen terapéutico para continuar con sus expectativas trazadas en su vida.

En la tabla 5, nos muestra que el 50% de pacientes con tuberculosis pulmonar recibe un apoyo socioeconómico muy favorable; el 18.6% es favorable, mientras que el 31.4% es desfavorable. Resultados que revalidan lo definido por Luz Adriana Díaz Mateus, L. A. (47), considera que el aspecto económico se basa en las necesidades que tiene el paciente en relación a recibir apoyo para sus pasajes o necesidades diarias como comprar algunos objetos de uso personal, de dependencia y salidas a la calle a dar paseos, además de la recuperación de la propia enfermedad.

En la tabla 6, 7, 8 muestra que el 55.7% de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar tienen una adherencia farmacológica alta; un 34.3% una adherencia media y 10% tiene una baja adherencia. Seguido de la adherencia a medidas preventivas de los pacientes estudiados, el 51.4% tienen alta adherencia, el 40%

tienen una adherencia media y un 8.6% tiene una adherencia baja y finalmente la adherencia alimentaria de los pacientes es alta con un 21.4%, 68.5% media y 10% tenía una baja adherencia, resultados que son diferentes a los encontrados por Iparraguirre, M. (17) muestra el 87.23% de adherencia farmacológica media y 2.13% su adherencia es baja. En la adherencia alimentaria el 57.45% su nivel es alta, y solo 2.13% su nivel es baja. La adherencia a medidas preventivas el 68.09% es alta y el 2.13% su nivel de adherencia es baja. Resultados que únicamente coinciden en la adherencia a medidas preventivas con una alta adherencia que señala que los hábitos derivados del estilo de vida pueden favorecer o mejorar la salud, lo que capacita a las personas para ejercer cierto control conductual sobre la calidad de su salud. No relegando los resultados que indican que los pacientes cumplen en su mayoría con tomar el tratamiento antituberculoso, y a la vez se demuestra que el estado nutricional tiene un porcentaje inquietante de mediana adherencia pudiendo tener un punto de quiebre importante en lograr la curación de la persona y volverse crónica la enfermedad. Es por ello que se debe sumar esfuerzos en conjunto y señalar lo importante que es para el tratamiento de su enfermedad, la complementación alimentaria en los pacientes con tuberculosis es considerada una actividad que acompaña al tratamiento,

En la tabla 9, se muestra que el 67.1% tienen una alta adherencia al tratamiento; un 25.7% tienen una adherencia media y solo un 7.1% tiene una baja adherencia al tratamiento de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar. Resultados que difieren del estudio realizado por Suarez C. (4), donde el 46% presenta un nivel medio de adherencia al tratamiento. Indicando que los resultados encontrados en la presente investigación, la adherencia al tratamiento es alta debido a la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del tratamiento que a corto y largo plazo son el resultado de un proceso complejo que se desarrolla a través de diferentes etapas: la aceptación del diagnóstico, la percepción de la necesidad de realizar el tratamiento de forma correcta, la motivación para hacerlo, la disposición y entrenamiento de habilidades para realizarlo, la capacidad de superar las barreras o dificultades que aparezcan, y el mantenimiento de los logros alcanzados con el paso del

tiempo todo ello fortalecido con la participación familiar.

En las tablas 10,11 y 12, muestra que el apoyo afectivo, el apoyo emocional y apoyo socioeconómico que reciben por parte de la familia está estrechamente relacionado con la adherencia al tratamiento, por lo que se puede apreciar la importancia de dicho apoyo en el cumplimiento de su tratamiento. Concordando la teoría de Rotondo (33) el cual define que en la familia se procesa el mayor número y tipo de relaciones con aspectos significativos del proceso de salud–enfermedad–atención. Los “empoderan” haciéndoles sentir que son parte de un orden social mayor, que son valorados, estimados y que pertenecen a una red de obligaciones recíprocas, estimula la recuperación de la salud, induciendo al cumplimiento del tratamiento oportuno, logrando la recuperación parcial y total de la enfermedad.

En la tabla 13, se aprecia que existe relación estadísticamente significativa ($p = 0,00121 < 0.05$) entre la participación familiar y la adherencia al tratamiento, Estos resultados concuerdan con Suarez (4) y Ccalla, S. y Quispe, M. (20) en cuyos estudios se encontró también que existe una relación significativa entre el nivel de adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis y el nivel de participación de la familia, lo cual enfatiza que la participación de la familia juega un papel importante en la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis. Se concluye que cuanto mayor sea el apoyo familiar el paciente podrá adaptarse y hacer frente a las situaciones que genere la enfermedad.

CONCLUSIONES

- PRIMERO:** Existe relación significativa entre la participación familiar y la adherencia al tratamiento del paciente con tuberculosis pulmonar en Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma.
- SEGUNDO:** Se identificó las características personales del paciente con tuberculosis pulmonar en Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma.
- TERCERO:** Se determinó que la participación familiar es muy favorable en el paciente con tuberculosis pulmonar en Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma.
- CUARTO:** Se determinó que la adherencia al tratamiento es alta en el paciente con tuberculosis pulmonar en Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma.
- QUINTO:** Existe relación significativa entre el apoyo afectivo y la adherencia al tratamiento en el paciente con tuberculosis pulmonar en Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma.
- SEXTO:** Existe relación significativa entre el apoyo socioeconómico y la adherencia al tratamiento en el paciente con tuberculosis pulmonar en Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma.
- SÉPTIMO:** Existe relación significativa entre el apoyo emocional y la adherencia al tratamiento en el paciente con tuberculosis pulmonar en Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma.

RECOMENDACIONES

1. A la dirección de las Microredes de Salud de Maritza Campos Díaz-Zamacola, Mariano Melgar y Alto Selva Alegre se recomienda reforzar medidas de intervención para prevenir la no adherencia al tratamiento del paciente con tuberculosis, que involucre al paciente, la familia y comunidad con enfoque preventivo promocional considerando a la persona y familia como centro de la atención.
2. Al equipo de salud, se recomienda el cumplimiento multidisciplinario del control en la adherencia del tratamiento en la parte nutricional, para que el paciente complete el círculo de atención que involucra a este profesional, que como se ha observado en el análisis estadístico es baja.
3. Al profesional de enfermería, se recomienda incentivar su participación en la planificación, ejecución y evaluación de estrategias educativas en el Programa de control de la tuberculosis y en la propia comunidad dirigidas a prevenir la tuberculosis.
4. A los enfermeros de las Microredes de Salud de Maritza Campos Díaz-Zamacola, Mariano Melgar y Alto Selva Alegre se recomienda la programación de visitas domiciliarias conjuntamente con el equipo de salud pertinente encargado del programa de atención integral de la familia para evaluar la real situación del paciente y su familia en el proceso de recuperación de la enfermedad.
5. Al profesional de enfermería, potencie la efectividad de los programas de educación al familiar acompañante del paciente con tuberculosis de la Estrategia Sanitaria Nacional del Programa de Control de Tuberculosis a fin de contribuir al fomento de la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis con el objetivo de que se involucren en el cuidado del paciente como ente de soporte social efectivo, informativo y valorativo.
6. Al personal de enfermería, mantener su actitud vigilante en los pacientes se ha encontrado como resultado el apoyo emocional desfavorable, donde

el sujeto experimenta sentimientos de soledad y abandono provocando que desarrolle cualquier tipo de trastorno psicológico, lo que implica poder identificar oportunamente el riesgo, por ende se debería estar pendiente de dicho paciente precautelando la salud mental y evitando la deserción del tratamiento

7. A los estudiantes de enfermería, se recomienda realizar estudios similares desde un enfoque cualitativo considerando las subjetividades de las personas, a fin de comprender las vivencias de pacientes y familias y los significados que otorgan a la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AROSTEGUI, I., DARRETXE, L. Y BELOKI, N. (2013). La participación de las familias y de otros miembros de la comunidad como estrategia de éxito en las escuelas. *Revista Iberoamericana de Evaluación Educativa*, 6(2), 187-200.
2. MARTÍ, J, PASCUAL. J, REBOLLO. O. Participación y desarrollo urbano en un medio comunitario. *Iepala*. 2007.
3. CID RODRÍGUEZ MC, MONTES DE OCA RAMOS R, HERNANDEZ DÍAZ O. La familia en el cuidado de la salud. *Rev Méd Electrón [Internet]*. 2014 Jul-Ago [citado: fecha de acceso]; 36(4). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/vol4%202014/tema08.htm>.
4. CATHERINE YESELA SUÁREZ PONCE. (2015) Adherencia al tratamiento y su relación con la participación de la familia en pacientes con tuberculosis en un centro de salud. 2014 Lima. UMSM. Disponible en: cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4220/1/Suárez_pc.pdf
5. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Treatment of tuberculosis: guidelines, 4th ed, 2010 1: 1-147. (WHO/HTM/TB/2009.420)
6. SAHILE NEZENEGA Z, MICHAEL GACHO YH, EJIGU TAFERE T. Patient satisfaction on tuberculosis treatment service and adherence to treatment in public health facilities of Sidama zone, South Ethiopia. *BMC Health Services Research*. 2013 Mar; 13(110).
7. MARTÍNEZ Y, GUZMÁN F, FLORES J, VÁSQUEZ V. Factores familiares que favorecen el apego al tratamiento en casos de tuberculosis pulmonar. *Issue*. Vol. 21. Capítulo 2. México. 2014.
8. LUZ NANCY DEL PILAR QUEVEDO CRUZ, RUTH LILIANA SÁNCHEZ REQUÍN^{1,A}, FIORELLA KATHERINE VILLALBA PORRAS ^{1,A}, DORIS VELÁSQUEZ CARRANZA Relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en centros de salud *Rev enferm Herediana*. 2015;8 (1):11-16.

9. MENDOZA M Y SONCO F. —Algunos factores de riesgo relacionados con el abandono recuperado en casos de TBC, Provincia de Arequipa, 2007 – 2009II Tesis Enfermería, UNSA 2011
10. OMS. Tuberculosis. [Online].; 2015 [cited 2015 Octubre 4. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>.
11. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Nota descriptiva. Día mundial de la tuberculosis 2018. Acceso 27 de marzo de 2018. Disponible en: <http://www.who.int/campaigns/tb-day/2018/es/>
12. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Situación de la Tuberculosis en las Américas, 2016. OPS/ OMS 2017. Disponible en https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=38626&lang=es
13. JOHANA PATRICIA MONTENEGRO PASQUEL. — Los estados de ánimo y su influencia en los pacientes con tuberculosis. Quitoll Tesis de Psicóloga Clínica, Universidad Central Del Ecuador. 2012.
14. MARTÍNEZ Y, GUZMÁN F, FLORES J, VÁSQUEZ V. Factores familiares que favorecen el apego al tratamiento en casos de tuberculosis pulmonar. Issue. Vol. 21. Capítulo 2. México. 2014
15. LUZ MARINA BAUTISTA RODRÍGUEZ, CARMEN CELENE DELGADO MADRID, ZULMA FABIOLA HERNÁNDEZ ZÁRATE MAYORCA A. – Nivel de conocimiento y aplicación de las medidas de bioseguridad de los familiares de pacientes con tuberculosis. [Tesis en internet]. (consultado 25 de marzo de 2013);
16. ZUTA AYBAR, SHIRLEY RICARDINA. Actitud de los familiares hacia el paciente con tuberculosis pulmonar y medidas preventivas para evitar el contagio en el Hogar Micro Red José Carlos Mariátegui octubre Lima. 2016 Tesis de Enfermería Universidad Privada San Juan Bautista. Disponible en <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/1361>
17. IPARRAGUIRRE USQUIANO, MARÍA CARMEN. Factores asociados con la adherencia al tratamiento en personas afectadas con tuberculosis en los Establecimientos de Salud de la Microred El Porvenir. Trujillo 2015 Tesis de Enfermería Universidad Cesar Vallejo.

18. GUZMÁN PINTO, XIMENA VICTORIA Y MEJÍA HUALÁN, GLENy. Percepciones y prácticas de los casos con tuberculosis y adhesión al tratamiento Microred De Salud Maritza Campos Díaz Zamácola Arequipa. Tesis de Enfermería UNSA 2014.
19. YESSICA JAQUELIN QUISPE MAMANI y KAREN LADY NUÑEZ ZUÑIGA. Influencia del autocuidado de la salud en la recuperación de pacientes con tuberculosis pulmonar. Microred Alto Selva Alegre. Arequipa 2013. UCSM
20. CCALLA MAMANI, SONIA YENNY QUISPE FLORES, MILAGROS ROSARIO. Apoyo social percibido y calidad de vida en personas con tuberculosis. Microredes Zamácola, Alto Selva Alegre Y Ciudad Blanca - Arequipa. 2014
21. MONTERO MARÍA ELENA Teoría y Modelo de Enfermería /Universidad Iberoamericana de Ciencia y Tecnología (6 de Junio 2013) URL Disponible en: <http://es.slideshare.net/ruscett/teorias-y-modelos-en-enfermera>
22. SCHAURICH D, CROSSETTI OLIVERA MG. Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007. Esc Anna Nery [Internet]. 2010[citado 9 Jul 2014];14(1):182-88. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-8145201000100027&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
23. PEREDA ACOSTA M. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. Enf Neurol (Mex) [Internet]. 2011[citado 9 Jul 2014];10(3):163-67. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/contenido.cgi?IDREVISTA=221&IDPUBLICACION=3438>
24. VITOR AF, LOPES MVO, ARAUJO TL. Teoría do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. Esc Anna Nery [Internet]. 2010 [citado 9 Jul 2014]; 14(3):611-16. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a25>
25. MARCOS ESPINO MP, TIZÓN BOUZA E. Aplicación del modelo de Dorothea Orem ante un caso de una persona con dolor neoplásico. Gerokomos [Internet]. 2013 [citado 9 Jul 2014]; 24(4). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2013000400005>
26. FORTES A, DE OLIVERA MV, DE ARAUJO TL. Teoría do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de

- enfermagem. Esc Anna Nery [Internet]. 2010 [citado 9 Jul 2014];14(3). Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a25>
27. OSTIGUIN Meléndez, R. "Teoría General de Déficit de Autocuidado". 1ra Edición. Editorial Manual Moderno. México 2001. pg. 67
 28. BACKES DS, ERDMANN AL, BÜSCHER A. O cuidado de enfermagem como prática empreendedora: oportunidades e possibilidades. Acta Paul Enferm [Internet]. 2010 [citado 9 Jul 2014]; 23 (3):341-7. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n3/v23n3a05.pdf>
 29. MARRINER, A, "MODELOS Y TEORÍAS EN ENFERMERÍA"; 2da Edición. Editorial Elsevier, Madrid, España.2007
 30. GARCÍA-ORTEGA M. Atención Familiar. Rev. Aten.Fam.2008:15(3); 110-113
 31. PÉREZ A., PÉREZ, R., MARTÍNEZ, M., LEAL, F., MESA, I. & JIMÉNEZ, I. (2007). Estructura y funcionalidad de la familia durante la adolescencia: Relación con el apoyo social, el consumo de tóxicos y el malestar psíquico. Atención Primaria, 39 (2), 61-65. Recuperado el 02 de febrero, 2007 de <http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-7/estructurafuncionalidad-familia-durante-adolescencia-relacion-apoyo-13098669-originales-2007>
 32. OSORIO. A, ÁLVAREZ. A. introducción a la salud familiar. Modulo once. 2004. Vol. 1.
 33. CONCEPTO DE APOYO. [Sede web]. [Fecha de acceso el 10 de Setiembre del 2016]. URL disponible en: <http://deconceptos.com/general/apoyo>.
 34. JIMÉNEZ A, MENDIBURO N, OLMEDO P. Satisfacción familiar, apoyo familiar y conflicto trabajo-familia en una muestra de trabajadores chilenos. [Sede web]. [Fecha de acceso el 10 de Setiembre del 2016]. URL disponible en:http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S179447242011000200011
 35. ROTONDO H. Personalidad, Dilemas y vida familiar de grupos mestizos. Lima: MINSAs; 2009.
 36. Programas comunitarios para personas con incapacidades de desarrollo. Apoyo familiar. Dpto de salud y bienestar de Idaho. USA. [Fecha de acceso

- el 17 de Setiembre del 2016]. URL disponible en: <http://healthandwelfare.idaho.gov/Portals/0/Unknown/FamilyS%5B1%5D.pdf>.
37. AFECTO. Sitio: Importancia.org. Fecha: 20/05/2014. Autor: Editorial. Disponible en URL: <https://www.importancia.org/afecto.php>
 38. JULIÁN PÉREZ PORTO Y MARÍA MERINO. Publicado: 2008. Actualizado: 2012. Definiciones: Definición de motivación. Disponible en <https://definición.de/motivación/>
 39. JOSÉ MARÍA PRADOS ATIENZA. La Preocupación: Teoría E Intervención. Madrid, 2002. Universidad Complutense de Madrid. ISBN: 84-669-2383-7. Disponible en <https://eprints.ucm.es/4609/1/T26070.pdf>
 40. KATHERINE GIRALDO. TRANQUILIDAD — Valor Personal. Disponible en <https://conceptodefinicion.de/tranquilidad/>.
 41. MANUEL GUEL. Aliento. Psicología. Bachillerato, Editorial Teide, S.a. Publicación Abril 2010 Disponible en <https://www.agapea.com/libros/Aliento-Psicologia-Bachillerato-9788430753239-i.htm>
 42. LUIS MOYA ALBIOL “Mente y Cerebro”, No.47; 2011; “La Violencia: la otra cara de la empatía”, Psicobiología de la Universidad de Valencia. Disponible en www.redalyc.org/pdf/264/26446630001.pdf
 43. JULIÁN PÉREZ PORTO Y ANA GARDEY. Publicado: 2012. Actualizado: 2014. Definición. de: Definición de cuidados de enfermería Disponible en <https://definicion.de/cuidados-de-enfermeria/>
 44. MARÍA CLARA QUINTERO LAVERDE. Espiritualidad y afecto en el cuidado de enfermería. Universidad de la Sabana. September 2014. Disponible en <https://biblio3.url.edu.gt/Publi/Libros/CyPdeEnfermeria/03.pdf>
 45. JULIÁN PÉREZ PORTO Y MARÍA MERINO. Publicado: 2008. Actualizado: 2012. Definición de: Definición de amor. Disponible en <https://definicion.de/amor/>
 46. JULIÁN PÉREZ PORTO Y MARÍA MERINO. Publicado: 2009. Actualizado: 2009. Definición de: Definición de confianza. Disponible en <https://definicion.de/confianza/>
 47. VINANCCIA S, QUICEÑO J, Fernández H, Pérez B, Sánchez M, Londoño A. Calidad de vida relacionado con la salud y apoyo social percibido en

- pacientes con diagnóstico de TBC. Medellín: Universidad de San Buenaventura de Medellín; 2008.
48. LUZ ADRIANA DÍAZ MATEUS, L. A. (2013). Ingresos económicos y satisfacción de necesidades básicas: caso de familias vulnerables vinculadas a proyectos de atención socioeconómica. *Tendencias & Retos*, 18 (2), 173-190. Disponible en https://servicios.educarm.es/templates/portal/.../las_necesidades_y_los_bienes.pdf
 49. EDUARDO GRASSETTI TONELLI. Satisfacción de necesidades y modelo social. {PSOCIAL} | vol. 4 | nro. 1 | 2018 | pp. 6-29. Disponible en. <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/psicologiasocial/article/./2874/2450>
 50. YOHAN CAMPO. El Valor de la Recreación. Disponible en https://www.autoreseditores.com/book_preview/pdf/000005096.pdf?1462098478
 51. MINISTERIO DE SALUD. Familia debe dar cariño y apoyo al paciente con TBC para que continúe con tratamiento, recomiendan. Lima, may. 01 (ANDINA) <http://www.andina.com.pe/agencia/noticia-familia-debe-dar-carino-y-apoyo-al-paciente-tbc-para-que-293360.aspx>
 52. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La familia y la salud. 2003.
 53. ZALDÍVAR O. Adherencia Terapéutica y modelos explicativos. *Rev. Salud para la Vida*. Madrid. 2003
 54. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 10 datos sobre la tuberculosis boletín informativo, 2014. Disponible en <http://www.who.int/features/factfiles/tuberculosis/es/>
 55. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Adherencia al tratamiento a largo plazo. Ginebra: OMS; 2013.
 56. MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ. El tratamiento farmacológico de la tuberculosis es gratuito, la administración es supervisada y en forma ambulatoria Lima. MINSAs; 2013.
 57. SUSSAN TORRES GUTIERREZ. Relación entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar en el centro de salud "San Cosme" Lima 2017. Disponible en:

repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/.../T-TPLESussan%20Torres%20 Gutierrez.pdf?

58. Dr. Vignolo Julio, Mariela Vacarezza, Cecilia Álvarez y Alicia Sosa. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch Med Interna 2011; XXXIII (1) Disponible en www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03pdf
59. PATRICIA REDONDO ESCALANTE. Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención “Prevención de la enfermedad”. Universidad de Costa Rica. 2004. Cuarta Unidad Modular. Disponible en: www.montevideo.gub.uy/sites/default/files/.../anexo_07_niveles_de_prevepcion.pdf.
60. CCOICCA ALMIDON, FLOR. Medidas de autocuidado que tienen los pacientes que asisten a la ESN –PCT del centro de salud Conde De La Vega Baja. Lima 2013. Disponible en cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/1043/Ccoicca_af.pdf?...1...
61. GÁLVEZ RÍOS, IVÁN. Autocuidado de pacientes con tuberculosis que asisten a la estrategia sanitaria nacional prevención control y tratamiento del Centro de Salud Ermitaño Alto. Lima 2017. Disponible en: repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/.../GALVEZ%20RIOS%20IVAN.pdf?...1...
62. PARRALES ANZULES, ANGGIE LILIBETH Y SILVA MEZA, INGRID LISSETTE. Autocuidado en pacientes con Tuberculosis Pulmonar que reciben tratamiento antifímico en un centro de salud del norte de la ciudad de Guayaquil. Ecuador 2017. Disponible en: repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/7580/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-357.pdf.
63. NISADÓ PALOMA SOFÍA MATUS LERMA, GUADALUPE DEL CARMEN ÁLVAREZ GORDILL, DOMINGA AUSTREBERTA NAZAR BEUTELSPACHER, RODOLFO MONDRAGÓN RÍOS. Percepciones de adultos con sobrepeso y obesidad y su influencia en el control de peso en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. Estud. soc vol.24-25 no.47 México ene./jun. 2016. Disponible en: www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sciarttex&pid=S0188...

64. ROMÁN FERRER GONZÁLEZ ANA. ¿Qué es la dietoterapia? Tipos de dietas terapéuticas, Artículo ABCDietas 2004-2019. Disponible en: [https://www.abcdietas.com/.../dietoterapia/que-es-la-dietoterapia-tipos – de-dietas-terape...](https://www.abcdietas.com/.../dietoterapia/que-es-la-dietoterapia-tipos-de-dietas-terape...)
65. ORIA RAMÍREZ, MIGUEL ANGEL. Conocimientos y prácticas que tienen los pacientes con tuberculosis sobre alimentación su relación con el estado nutricional en el Centro de Salud José Carlos Mariátegui DISA II Lima 2006. Disponible en: [cybertesis.unmsm.edu.pe /bitstream/ handle/ cybertesis/508/Oria_rm.pdf?sequence=1](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/508/Oria_rm.pdf?sequence=1).
66. MARIELA CONTRERAS ROJAS. Síntesis de la Guía OMS, “La atención y apoyo nutricional a pacientes con tuberculosis”. Bol - Inst Nac Salud 2014; año 20 (5-6) mayo – junio. Disponible en repositorio [ins.gob.pe/bitstream /handle/.../BOLETIN-2014.pdf](http://ins.gob.pe/bitstream/handle/.../BOLETIN-2014.pdf).
67. SÁNCHEZ BORRERO, GALO EDUARDO. Características clinico-epidemiológicas en pacientes mayores de 60 años con tuberculosis en el hospital nacional dos de mayo durante el periodo 2008-2014. Lima 2016. Disponible en: [repositorio. urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/774/Sánchez Galo _pdf_2016.pdf?](http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/774/SánchezGalo_pdf_2016.pdf?).
68. MINSA. Norma Técnica de Salud para el control de la Tuberculosis. [Online]; 2013 Disponible en [www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb /recursos/20180308083418.pdf](http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20180308083418.pdf):
69. COLLAZOS FLORES, CECIL LUCYANA. Relación entre conocimientos y actitudes hacia la aplicación de medidas preventivas de la tuberculosis en familiares de pacientes de la ESN-PCT - C.S San Luis . Lima 2013 Disponible en: [cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/h andle/cybertesis /1048/Collazos_fc.pdf?](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/1048/Collazos_fc.pdf?).
70. TOLENTINO BARZOLA WHINY EVILING y ALIAGA SUAREZ MARLENY EDENECE. Prácticas de medidas preventivas de familiares de los pacientes con tuberculosis pulmonar en comparación nacional e internacional. Huancayo 2016. Disponible en repositorio [upecen.edu.pe /bitstream/UPECEN/66/1/T102_46972829_T.pdf](http://upecen.edu.pe/bitstream/UPECEN/66/1/T102_46972829_T.pdf)
71. MINISTERIO DE SALUD. Tuberculosis. [Online]. 2014 cited 2015 Enero 20. Available from: <http://www.minsa.gob.pe/portada/esntbc>.

72. MINSA. Norma Técnica de Salud para el control de la Tuberculosis. [Online]; 2013 [cited 2015 Febrero 10. Available from:<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgsp/ESN-Tuberculosis>.
73. JAVIER YETANO LAGUNA y VICENT ALBEROLA CUÑAT. Diccionario de siglas médicas. Ministerio de sanidad y consumo centro de publicaciones Paseo del Prado, 18-20-28014 Madrid. Disponible en www.redsamid.net/archivos/201612/diccionario-de-siglas-medicas.pdf?0.
74. DORLAND B. España, 2005. Diccionario Médico Ilustrado de medicina. Edit. Mc Grawhill. 30 Edc.
75. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Dieta, Nutrición y Prevención de Enfermedades Crónicas. Serie de Informes Técnicos 916. Ginebra 2003. Disponible en libdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916_spa.pdf
76. CARLOS PÉREZ C. Profilaxis antimicrobiana: Tuberculosis. Rev. chil. infectol. v.21 supl.1 Santiago 2004. Disponible en <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182004021100005>.
77. JULIÁN PÉREZ PORTO Y ANA GARDEY. Definición. de: Definición de factores de riesgo Actualizado: 2018. Publicado: 2017. Disponible en <https://definicion.de/factores-de-riesgo/>
78. VIGNOLO JULIO, MARIELA VACAREZZA, CECILIA ÁLVAREZ. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch Med Interna 2011; XXXIII (1) Disponible en www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf.
79. DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN. Unidades de Gestión Territoriales de Salud 2018. Disponible en <http://www.saludbajomayo.gob.pe/web/redes-de-salud>

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO DEL PROYECTO: “PARTICIPACIÓN FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN MICROREDES DE LA RED DE SALUD AREQUIPA-CAYLLOMA, AREQUIPA, 2018”

PROPÓSITO: Determinar la participación familiar y adherencia al tratamiento del paciente con tuberculosis pulmonar.

AUTOR (A): Sharon Nohely Condori Carcasi.

Yo _____ de _____ años, identificada con DNI _____, habiendo sido informada sobre el propósito del presente estudio; acepto participar voluntariamente respondiendo con veracidad a cada una de las preguntas planteadas.

Por su parte la investigadora se compromete a guardar la confidencialidad de los datos obtenidos, anonimato y secreto profesional. Respetando la decisión de los participantes que en caso de retiro voluntario, sin afectar el trato y la atención.

Los resultados revelaran datos generales y siempre se procurara el bien y el respeto a los derechos humanos de los participantes.

Por lo cual se firma en señal de aceptación voluntaria.


Arequipa,... de.....2018.

FIRMA
DNI: _____

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: “PARTICIPACIÓN FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN MICROREDES DE LA RED DE SALUD AREQUIPA-CAYLLOMA, AREQUIPA, 2018”

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS	VARIABLE	METODOLOGÍA
¿Cuál es la relación entre la participación familiar y la adherencia al tratamiento del paciente con tuberculosis pulmonar en Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma, Arequipa, 2018?	Determinar la relación entre la participación familiar y la adherencia al tratamiento del paciente con tuberculosis pulmonar en Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma, Arequipa, 2018.	H1: Existe relación significativa entre la participación familiar y la adherencia al tratamiento del paciente con tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamacola.	Variable X Participación Familiar INDICADORES - Apoyo afectivo. - Apoyo socioeconómico. - Apoyo emocional.	Tipo y diseño de investigación El tipo de investigación es descriptiva, que pertenece al paradigma positivista, al enfoque cuantitativo porque permite analizar las variables de estudio, corresponde al método expos facto. Se utilizó un estudio básico de nivel descriptivo; con enfoque cuantitativo. Con un diseño observacional, descriptivo correlacional, prospectivo de corte transversal.

Problema Específicos	Objetivos específicos	Hipótesis específica		Diseño de Investigación
<p>¿Cuáles son las características personales de los pacientes con tuberculosis pulmonar en Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma?</p>	<p>Identificar las características personales de los pacientes con tuberculosis pulmonar en Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma.</p>	<p>H1. Existe relación significativa entre características personales y adherencia al tratamiento pulmonar en Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma.</p>	<p>Variable Y Adherencia al tratamiento.</p> <p>INDICADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adherencia farmacológica. • Adherencia a medidas preventivas • Adherencia alimentaria. 	
<p>¿Cuál es la relación entre el apoyo afectivo y la adherencia al tratamiento del paciente con tuberculosis pulmonar en Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma?</p>	<p>Determinar la relación entre el apoyo afectivo y la adherencia al tratamiento del paciente con tuberculosis en Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma.</p>	<p>H2: La relación entre el apoyo afectivo y la adherencia al tratamiento es muy favorable en el paciente con tuberculosis pulmonar en Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma.</p>		<p>Descripción del ámbito de la Investigación</p> <p>Ubicación Espacial</p> <p>El presente estudio se realizó en tres Microredes de la Red Arequipa-Caylloma: Microred Maritza Campos Díaz - Zamácola, Alto Selva Alegre y Mariano Melgar, situadas en la provincia y departamento de Arequipa.</p>

<p>¿Cuál es la relación entre el apoyo socioeconómico y la adherencia al tratamiento del paciente con tuberculosis pulmonar en Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma?</p>	<p>Determinar la relación entre el apoyo socioeconómico y la adherencia al tratamiento del paciente con tuberculosis pulmonar en Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma.</p>	<p>H3: La relación entre el apoyo socioeconómico y la adherencia al tratamiento es favorable en el paciente con tuberculosis pulmonar en Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma.</p>		<p>Ubicación Temporal Estudio que se realizó entre los meses de agosto a enero del año 2018.</p>
<p>¿Cuál es la relación entre el apoyo emocional y la adherencia al tratamiento del paciente con tuberculosis pulmonar en Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma?</p>	<p>Determinar la relación entre el apoyo emocional y la adherencia al tratamiento del paciente con tuberculosis pulmonar en Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma.</p>	<p>H4: La relación entre el apoyo emocional y la adherencia al tratamiento es favorable en el paciente con tuberculosis pulmonar en Microredes de la Red de Salud Arequipa-Caylloma.</p>		



ANEXO N° 03

CUESTIONARIO

PARTICIPACION FAMILIAR y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

INTRODUCCIÓN:

La presente encuesta es parte de una investigación social realizada por la estudiante Sharon Nohely Condori Carcasi de la Facultad de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas; tiene como objetivo determinar cómo se relaciona la participación familiar y la adherencia al tratamiento del paciente con tuberculosis pulmonar.

Se solicita su compromiso y sinceridad al responder las preguntas, su ayuda contribuirá a orientar una mayor participación de la familia con respecto al tratamiento recibido.

Se garantiza la plena confianza de los datos obtenidos. La información que se recoja será confidencial y no se utilizará para ningún otro propósito fuera de esta investigación, para lo cual requerimos de su participación respondiendo las siguientes interrogantes.

INSTRUCCIONES:

- Marque con una X en la alternativa que usted considere correcta.
- Siga el orden de las afirmaciones y por favor no se pase ninguna de las preguntas formuladas.

I. DATOS GENERALES:

1. ¿Cuál es su Sexo?

- a) Masculino
- b) Femenino

2. ¿Qué edad tiene usted?

- a) 18 a 20 años
- b) 21 a 40 años
- c) 41 a 60 años
- d) 61 a 80 años

3. ¿Cuál es su estado civil?

- a) Soltero
- b) Conviviente
- c) Casado
- d) Divorciado/separado
- e) Viudo

4. ¿Cuál es su lugar de procedencia?

- a) De la ciudad
- b) De distrito
- c) De provincia
- d) De otra región

5. ¿Qué grado de instrucción tiene usted?

- a) Sin instrucción
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Superior

6. ¿Cuál es la ocupación que Ud. tiene?

- a) Independiente
- b) Dependiente
- c) Su casa
- d) Jubilado (a)

7. Sustento en el hogar

- a) Esposo
- b) Hijos
- c) Padres
- d) Paciente

PARTICIPACION FAMILIAR		SI	NO
1.	Mi familia con frecuencia me dice que me quiere.	1	0
2.	Mi familia me motiva para seguir con mi tratamiento.	1	0
3.	Mi familia se preocupa por pasar más tiempo conmigo.	1	0
4.	Mi familia evita situaciones que me molestan.	1	0
5.	Mi familia me anima a comer.	1	0
6.	Mi familia me apoya con los pasajes al ir a tomar mi medicación.	1	0
7.	Mi familia me brindan apoyo económico según mis necesidades.	1	0
8.	Mi familia me lleva a pasear.	1	0
9.	Mi familia trata de que me relacione con los demás.	1	0
10.	Mi familia prepara mis alimentos según consejería nutricional.	1	0
11.	Mi familia me ayuda en actividades domésticas.	1	0
12.	Tengo posibilidad de hablar con alguien que me ayude a entender la situación.	1	0
13.	Recibo visitas de mis amigos.	1	0
14.	Recibo invitaciones para distraerme.	1	0
15.	Mi familia me brinda palabras de aliento.	1	0
16.	Mi familia me brinda consejos cuando lo solicito.	1	0
17.	Mi familia siempre están ahí cuando deseo expresar como me siento.	1	0
18.	Mi familia me da apoyo espiritual hablándome de Dios.	1	0
19.	Mi familia me da consuelo cuando lo necesito.	1	0
20.	Recibo elogios cuando hago algo.	1	0
21.	Mi familia se preocupa por lo que me sucede.	1	0
22.	Recibo amor y afecto por parte de mi familia.	1	0
23.	Mi familia me apoya cuando realizo demasiado esfuerzo físico.	1	0

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO		SI	NO
1.	¿Firmo Ud., el consentimiento informado para tomar sus medicamentos?	1	0
2.	¿Asiste puntualmente al centro de salud para tomar sus medicamentos?	1	0
3.	¿Toma sus medicamentos con supervisión de la enfermera a cargo?	1	0
4.	¿Realiza la entrega de la muestra de esputo al finalizar cada mes de tratamiento?	1	0
5.	¿Toma sus medicamentos en la fecha indicada?	1	0
6.	¿Considera que su salud ha mejorado desde que empezó a tomar los medicamentos?	1	0
7.	¿Considera que la enfermera a cargo resuelve sus preguntas e inquietudes sobre el tratamiento?	1	0
8.	¿Se ha sentido motivado a cumplir con el tratamiento?	1	0
9.	¿Las reacciones adversas que presenta después de tomar los medicamentos, le desmotivan a continuar el tratamiento?	0	1
10.	¿Cree que no necesita seguir con el tratamiento para recuperarse de la enfermedad?	0	1
11.	¿Cuándo estornuda y tose se cubre la boca?	1	0
12.	¿Mantiene su habitación ventilada e iluminada?	1	0
13.	¿Ha realizado cambios en su alimentación, descanso y ejercicio para mejorar su salud?	1	0
14.	¿Su habitación cuenta con ventanas?	1	0
15.	¿Dispone de una habitación para Ud.?	1	0
16.	¿Realiza la limpieza diaria de su habitación?	1	0
17.	¿Realiza la eliminación correcta de los objetos del que hace uso?	1	0
18.	¿Durante los dos primeros meses de tratamiento Ud., usó mascarilla para salir a la calle?	1	0
19.	¿Cuenta con el servicio de agua y desagüe domiciliario?	1	0
20.	¿Dispone de un lugar para el lavado de manos?	1	0
21.	¿Toma algún alimento antes de ir a tomar sus medicamentos?	1	0
22.	¿Ha pasado consulta por el servicio de nutrición?	1	0
23.	¿Controla su peso mensualmente?	1	0
24.	¿Consume como mínimo dos litros de agua al día?	1	0
25.	Toma Ud., dosis preventiva de vitamina B6(Piridoxina) de 50mg por día como medida profiláctica en caso de afección al sistema nervioso por isoniazida	1	0
26.	¿Consume carne de pollo, res como mínimo tres veces por semana?	1	0
27.	¿Consume frutas como mínimo tres veces a la semana?	1	0
28.	¿Consume productos lácteos más de dos veces al día o al menos para tomar sus medicamentos?	1	0
29.	¿Consume menestras como mínimo dos veces a la semana?	1	0
30.	¿Consume cereales como mínimo dos veces a la semana?	1	0

ANEXO 04

VALIDEZ DE INSTRUMENTOS – CONSULTA DE EXPERTOS

CONCORDANCIA ENTRE LOS JUECES EXPERTOS SEGÚN LA PRUEBA BINOMIAL

ITEMS	JUECES					VALOR P
	1	2	3	4	5	
1. ¿Los ítems de instrumento de recolección de datos están orientados al problema de investigación?	1	1	1	1	1	0.001
2. ¿En el instrumento los ítems están referidos a la variable de investigación?	1	1	1	1	1	0.001
3. ¿El instrumento de recolección de datos facilitara el logro de los objetivos de la investigación?	1	1	1	1	1	0.001
4. ¿El instrumento de recolección de datos presenta la cantidad de ítems apropiados	1	1	1	1	1	0.001
5. ¿Existe coherencia en el orden de presentación de los ítems en el instrumento de recolección de datos?	1	1	1	1	1	0.001
6. ¿El diseño del instrumento de recolección de datos facilitará el análisis y procesamiento de los datos?	1	1	1	1	1	0.001
7. ¿Eliminaría algunos ítems del instrumento de recolección de datos?	1	1	1	1	1	0.001
8. ¿Agregaría algún ítem al instrumento de recolección de datos?	1	1	1	1	1	0.001
9. ¿El diseño del instrumento de recolección de datos será accesible a la población sujeto de estudio?	1	1	1	1	1	0.001
10. ¿La redacción de los ítems del instrumento de datos es clara, sencilla y precisa para la investigación?	1	1	1	1	1	0.001

Se ha considerado:

0 = Si la respuesta es negativa.

1 = Si la respuesta es positiva.

$p = 0.015 / 15 = 0.001$.

Si $p < 0.05$ la concordancia es significativa; por lo tanto, el grado de concordancia es significativo y el instrumento es válido según la Prueba Binomial aplicada, de acuerdo al resultado obtenido por cada juez existe concordancia.

ANEXO 05

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO A TRAVEZ DEL COEFICIENTE DE ALFA DE CRONBACH (α)

Escala: CUESTIONARIO 1: PARTICIPACIÓN FAMILIAR

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	6	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	6	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N° de elementos
,984	23

Escala: CUESTIONARIO 2: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	6	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	6	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N° de elementos
,913	,918	30

Estadísticos de la escala

Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
18,50	67,500	8,216	30

ANEXO 06

ESCALA DE VALORACIÓN DE INSTRUMENTO

La escala de valoración de los instrumentos se realizó considerando los valores mínimos y máximo así como las medias correspondientes, para la construcción de escalas métricas en función de cuantificación numérica de un conjunto de atributos definidos.

DIMENSIONES	ITEMS
Apoyo afectivo	01 – 05
Apoyo emocional	06 – 14
Apoyo socioeconómico	15 – 23

- La ponderación de los ítems.

NO : 0 puntos;

SI : 1 punto

Cuyo puntaje fue un total máximo es 23 puntos distribuyéndose en las siguientes escalas:

ESCALA	PUNTUACIÓN
MUY FAVORABLE	18 – 23 puntos
FAVORABLE	11 – 17 puntos
DESFAVORABLE	0 – 10 puntos

Adherencia farmacológica: Consta de 10 ítems: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9,10

ESCALA	PUNTUACIÓN
Adherencia Farmacológica alta	08 – 10 puntos
Adherencia Farmacológica media	04 – 07 puntos
Adherencia Farmacológica baja	00 – 03 puntos

Adherencia a Medidas Preventivas consta con 10 ítems:11,12,13,14,15,16,17,18,19,20

ESCALA	PUNTUACIÓN
Adherencia a medidas preventivas alta	08 – 10 puntos
Adherencia a medidas preventivas media	04 – 07 puntos
Adherencia a medidas preventivas baja	00 – 03 puntos

Adherencia Alimentaria consta de 10 ítems: 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29,30.

ESCALA	PUNTUACIÓN
Adherencia Alimentaria alta	08 – 10 puntos
Adherencia Alimentaria media	04 – 07 puntos
Adherencia Alimentaria baja	00 – 03 puntos

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO TOTAL

ESCALA	PUNTUACIÓN
Adherencia Total alta	20 – 30 puntos
Adherencia Total media	11 – 19 puntos
Adherencia Total baja	00 – 10 puntos

- Los criterios de evaluación son cualitativos SI y NO y cuantitativos SI = 1 y NO = 0 puntos respectivamente, teniendo como puntaje máximo con 30 puntos y puntaje mínimo con 0 puntos.