

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL  
DE HUAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



SOPORTE FAMILIAR RELACIONADO A LA ADHESIÓN AL  
TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS  
PULMONAR EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA  
CIUDAD DE AYACUCHO 2017

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
LICENCIADA (O) EN ENFERMERÍA

Presentado por:

Bach. VENTURA CURI, Juliana Mercedes

Bach. ROJAS SULCA, Rolando

AYACUCHO - PERÚ

2017

## DEDICATORIA

*A MERCEDES CUBA que desde el cielo guía y me inspiró para abrazar y amar la carrera de enfermería.*

*A la tricentenaria Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, gloriosa alma mater que me forjó en su seno.*

*A mis padres que me brindan su apoyo incondicional en este largo caminar de la vida.*

**Juliana Mercedes**

*A Dios por ser la razón más importante de mi vivir.*

*Para todos mis hermanos, en especial a mi hermano FREDY por su apoyo incondicional y ser mi guía como padre en el cumplimiento de mis objetivos.*

*A mis amistades más cercanas que en todo momento me brindaron su apoyo y jamás dejaron que me rinda.*

**Rolando**

## **AGRADECIMIENTO**

*A Dios por guiar nuestros pasos en este largo  
caminar de la vida.*

*A nuestra Alma Mater: Universidad Nacional de San  
Cristóbal de Huamanga, por acogernos en sus aulas y permitir  
lograr nuestro mayor anhelo.*

*A La Escuela Profesional de Enfermería, los docentes, personal  
administrativo y de servicios quienes nos brindaron su apoyo de  
manera incondicional.*

*A nuestra asesora por habernos guiado incondicionalmente  
en el desarrollo de la presente tesis.*

*A cada uno de los pacientes y familiares que participaron en  
la presente investigación.*

*A todas las personas que contribuyeron de una u otra  
manera en la finalización de la presente investigación.*

*A nuestros padres que a pesar de muchos tropiezos  
nunca perdieron la fe en nosotros y nos brindaron su  
apoyo incondicional.*

*A mis compañeros de estudios por ser cómplices en  
esta etapa hermosa de nuestras vidas y contar  
siempre con su apoyo.*

**Los autores**

## ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE	iv
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	8
CAPITULO I: REVISIÓN DE LA LITERATURA	13
1.1. ORIGEN DEL PROBLEMA	13
1.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	17
1.3. ENUNCIADO DEL PROBLEMA	18
1.4. OBJETIVO	18
1.5. JUSTIFICACIÓN	19
1.6. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO	20
1.7. HIPÓTESIS	63
1.8. VARIABLES	63
1.9. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	64
CAPITULO II: MATERIALES Y MÉTODOS	66
2.1. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN	66
2.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN	66
2.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	67
2.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	67
2.5. ÁREA DE ESTUDIO	67
2.6. POBLACIÓN	67
2.7. MUESTRA	68
2.8. TIPO DE MUESTREO	68
2.9. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	68
2.10. RECOLECCIÓN DE DATOS	69
2.11. ASPECTOS ÉTICOS.	70
2.12. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	70

CAPITULO III: RESULTADOS	71
CAPITULO IV: DISCUSIÓN	78
CONCLUSIONES	85
RECOMENDACIONES	86
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	87
ANEXO	93

**SOPORTE FAMILIAR RELACIONADO A LA ADHESIÓN AL  
TRATAMIENTO DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR  
EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA CIUDAD DE  
AYACUCHO - 2017.**

**AUTORES:**

**Bach. VENTURA CURI, Juliana Mercedes**

**Bach. ROJAS SULCA, Rolando**

**RESUMEN**

El **objetivo** de la investigación es conocer la relación entre el soporte familiar y el nivel de adhesión al tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en los establecimientos de salud de la ciudad de Ayacucho 2017. **Material y Métodos:** Investigación de enfoque cuantitativo, tipo aplicativo de nivel descriptivo correlacional, diseño no experimental de corte transversal. **Población de estudio:** 33 pacientes con tuberculosis pulmonar en los establecimientos de salud de la ciudad de Ayacucho. **Técnica de recolección de datos:** Se utilizó un cuestionario que consta de dos secciones para medir el soporte familiar y la adhesión al tratamiento. Los **resultados** hallados fueron: **1.** El 60,6% de los pacientes tienen un nivel de adhesión medio, de todos ellos el 45,5% tienen un soporte familiar medianamente favorable; 24,2% presentan un nivel de adhesión alto al tratamiento y el total de ellos cuentan con un soporte familiar favorable; y un 15,2% tienen un nivel de adhesión bajo y un soporte familiar desfavorable, con un Tau B de Kendall=0,830; p=0,000, siendo una relación significativa entre soporte familiar y la adhesión al tratamiento. **2.** Un 45,5% de pacientes tienen un soporte familiar medianamente favorable en el cumplimiento del tratamiento por tuberculosis, seguido del 30,3% de pacientes con soporte familiar favorable y un 24,2% que les es desfavorable el soporte familiar. **3.** Un 60,6% de pacientes un nivel de adhesión medio, seguido del 24,2% un nivel alto de adhesión y un 15,2% de nivel de adhesión bajo. **Conclusiones:** Existe relación significativa entre soporte familiar y la adhesión al tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar.

**Palabras Claves:** Soporte familiar, adhesión - Tuberculosis

**FAMILY SUPPORT RELATED TO THE ADHESION TO THE  
TREATMENT OF PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS IN  
THE HEALTH ESTABLISHMENTS OF THE CITY OF  
AYACUCHO - 2017.**

**AUTHORS:**

**Bach. VENTURA CURI, Juliana Mercedes**

**Bach. ROJAS SULCA, Rolando**

**ABSTRACT**

**The objective:** of the research is to know the relationship between family support and the level of adherence to the treatment of patients with pulmonary tuberculosis in the health facilities of the city of Ayacucho 2017. **Material and Methods:** Research of quantitative approach, type application level descriptive correlational, non-experimental cross-sectional design. **Study population:** 33 patients with pulmonary tuberculosis in the health facilities of the city of Ayacucho. **Data collection technique:** A questionnaire was used, consisting of two sections to measure family support and adherence to treatment. **The results** found were: 1. 60.6% of the patients have an average level of adhesion, of them 45.5% have a moderately favorable family support; 24.2% have a high level of adherence to treatment and the total of them have a favorable family support; and 15.2% have a low level of adherence and unfavorable family support, with a Tau B of Kendall = 0.830;  $p = 0.000$ , being a significant relationship between family support and adherence to treatment. 2. 45.5% of patients have a moderately favorable family support in compliance with tuberculosis treatment, followed by 30.3% of patients with favorable family support and 24.2% who are unfavorable family support. 3. 60.6% of patients had an average level of adhesion, followed by 24.2% a high level of adherence and a 15.2% low level of adhesion. **Conclusions:** There is a significant relationship between family support and adherence to the treatment of patients with pulmonary tuberculosis.

**Key Words:** Family support, adherence - Tuberculosis

## INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una de las enfermedades que afecta a la tercera parte de la población mundial. Es frecuente en los países en vías de desarrollo y en especial en las zonas más pobladas. La tuberculosis, en pleno siglo XXI, es causa de discriminación social, lo que provoca que las personas afectadas sean marginadas por sus grupos familiares y amigos, debido a la poca información que presentan sobre este mal. <sup>1</sup>

Según el Ministerio de Salud (MINSA), la tuberculosis es un grave problema de salud pública en el Perú, debido a la pobre adherencia al tratamiento que presentan las personas que padecen dicha enfermedad. <sup>2</sup>

Según Baldeón, N., la familia es una unidad social y como tal constituye un medio que puede contribuir sobre la salud y bienestar de sus integrantes a través del cumplimiento de sus funciones. En toda sociedad o en el grupo familiar, el equilibrio puede perturbarse por cambios del ambiente exterior de la familia o por cambios en algunos o varios miembros del grupo familiar. Es el soporte social que



va a actuar de manera amortiguadora entre eventos estresantes de la vida y la enfermedad y al estar en contacto permanente va a dar una detección oportuna de los signos y síntomas característicos de la enfermedad así como también va a participar de manera trascendental en el cumplimiento del tratamiento, no solo farmacológico sino también cambios en sus estilos de vida; por ende, es muy importante que el paciente y su familia actúen en conjunto debido a que el tratamiento es muy largo.<sup>3</sup>

La repercusión del ambiente familiar en el proceso de la enfermedad es muy importante por la influencia que tiene en la adherencia, debido al intento de ocultar el diagnóstico como algo indigno o inconfesable. No queda duda que existe también, de parte de las personas, el pensamiento asociado entre la tuberculosis y la falta de alimento, pobreza, entre otros factores. Con todo lo referido anteriormente, se crea un inconsciente colectivo que dificulta un acercamiento más espontáneo y natural de parte del entorno social hacia el paciente.<sup>3</sup>

Por ello, la importancia de la participación de la familia durante el proceso de la enfermedad es intervenir en las decisiones y responsabilidades para llevar a la práctica las acciones preventivas, de promoción y terapéuticas. A su vez, será la encargada de brindar amor y cuidado.

Para revertir esta situación, el profesional de Enfermería debe fomentar la participación de la familia, abarcando así aspectos biomédicos y psicosociales. Asimismo, identificar oportunamente las conductas de riesgo que le permitan ejecutar actividades preventivas y promocionales dirigidas al paciente y la familia,

con el fin de evitar complicaciones, como: la resistencia a los medicamentos, la formación de cavernas, neumotórax y hemorragias.

El núcleo familiar es el ambiente más cercano, donde el paciente con tuberculosis recibe apoyo. Si en este espacio hay desintegración o marginación, se sentirá rechazado, inútil, culpable y no tendrá la motivación suficiente para continuar el tratamiento.

Mesen, M. en la investigación realizada sobre el ambiente familiar y la adherencia al tratamiento, concluye que en la mayoría de casos de recaída los pacientes se curaron con el apoyo recibido por parte de un familiar, madre o esposa. <sup>(4)</sup>

En la región Ayacucho, la Red de Salud de Huamanga<sup>5</sup>, reporta una disminución de la prevalencia e incidencia de casos de tuberculosis pulmonar; por ello, en el año 2011 se registró 112 casos; en el 2012: 94; 2013: 93; 2014: 92 y 2015: 74. Estas estadísticas son el resultado de los trabajos y estrategias adoptadas por el Programa Control de Tuberculosis (PCT), pero aún no se logra combatir en su totalidad, debido a que algunos pacientes son rechazados por sus familiares, dejando de lado el soporte familiar, que es importante para poder completar el tratamiento, el mismo que nos motivó a desarrollar el proyecto de investigación titulado: **“SOPORTE FAMILIAR RELACIONADO A LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA CIUDAD DE AYACUCHO 2017”**.

El enunciado del problema planteado fue: ¿Existe relación entre el soporte familiar y el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar en los Establecimientos de Salud de la ciudad de Ayacucho 2017?

El objetivo general proyectado fue: Conocer la relación entre el soporte familiar y el nivel de adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en los Establecimientos de Salud de la ciudad de Ayacucho 2017.

Los objetivos específicos fueron:

- Identificar el soporte familiar en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en los Establecimientos de Salud de la ciudad de Ayacucho 2017.
- Evaluar el nivel de adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en los Establecimientos de Salud de la ciudad de Ayacucho 2017.

La hipótesis general de la investigación fue: Existe relación entre el soporte familiar y el nivel de adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en los Establecimientos de Salud de la ciudad de Ayacucho 2017.

La metodología que se utilizó es una investigación con enfoque cuantitativo, tipo de investigación aplicada y nivel de investigación descriptivo correlacional, la población estuvo constituida por todos los pacientes con tuberculosis inscritos en la ESNPCT, la población fue conformada por 33 pacientes con tuberculosis pulmonar, la muestra estuvo representada por el 100% (33) de los pacientes con tuberculosis pulmonar, el tipo de muestreo fue no probabilístico, la técnica utilizada fue la

encuesta y el instrumento: el cuestionario, que evaluó el soporte familiar y el nivel de adherencia al tratamiento. El procesamiento se realizó empleando el paquete estadístico de Spss, el cual fue presentado en tablas.

Los resultados encontrados fueron: En el 45,5% de pacientes el soporte familiar es medianamente favorable, el 30,3% favorable y un 24,2% es desfavorable. Con respecto a la adherencia al tratamiento, el 60,6% de los pacientes tienen un nivel de adherencia al tratamiento medio; 24,2% la adherencia al tratamiento es alto y un 15,2% la adherencia es bajo. La relación entre las variables es positiva alta y significativa ( $p=0,000 < 0,05$ ).

Se concluye que el soporte familiar tiene efecto en la adhesión al tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar, rechazándose así la hipótesis nula.

La presente investigación se consigna en capítulos: CAPÍTULO I: presenta la Introducción, se observa el contenido de la investigación ; CAPÍTULO II: Encontramos Revisión de la literatura, en ello se consigna el origen del problema, antecedentes de estudio, base teórica y operacionalización de variables; CAPÍTULO III: Se plasma el diseño metodológico, área de estudio, población, muestra y finalmente técnicas e instrumentos de recolección de datos; CAPÍTULO IV: Resultados en 05 tablas estadísticas; CAPÍTULO V: Se realiza la construcción de la discusión, conclusiones, recomendaciones y CAPITULO VI: se consigna la referencia bibliográfica y anexos.

# **CAPÍTULO I**

## **REVISIÓN DE LA LITERATURA**

### **1.1. ORIGEN DEL PROBLEMA.**

A pesar que la tuberculosis existe desde tiempos remotos, no puede ser considerada como una enfermedad del pasado, ya que en la actualidad ocasiona la mortalidad de aproximadamente 1.5 millones de personas por año en el mundo.<sup>6</sup>

En el 2004, se consideró un estimado de 8 a 9 millones de casos nuevos de tuberculosis activa, cifra que se mantiene; por ello, ocurren casi 2 millones de muertes por tuberculosis; es decir, 5 mil muertes por día. Esto sucede fundamentalmente en las comunidades más pobres del tercer mundo.<sup>7</sup>

En el 2013, alrededor del 80% de los casos se presentaron en 22 países, mientras en Brasil y China está disminuyendo considerablemente. En cuanto a los demás lugares, el descenso es lento. Se estima que 450 mil personas contrajeron tuberculosis multidrogo resistente y 170 mil fallecieron por esta causa.<sup>8</sup>

En el año 2014, se estimó que a nivel mundial alrededor de 9.6 millones de personas se enfermaron con la tuberculosis y 1,5 millones perdieron la vida. Además, 480 mil personas desarrollaron tuberculosis multidrogo resistente (TB-MDR) y 190 mil murieron a causa de este mal.<sup>9</sup>

A nivel mundial la tasa de incidencia de tuberculosis varía ampliamente entre los países. El mayor porcentaje de casos nuevos de tuberculosis se reportaron en los países de las regiones de Asia Sudoriental - Pacífico Occidental (58%) y África (28%). Sin embargo, son 22 países en todo el mundo los que concentran la mayor carga de enfermedad (con tasas de incidencia mayores a 150 casos por cada 100 mil habitantes). Sudáfrica y Suazilandia tienen la incidencia más alta a nivel mundial (aproximadamente más de mil casos por cada 100 mil habitantes cada año). En la región de las Américas la mayoría de los países tienen tasas inferiores a 50 casos por 100 mil habitantes.<sup>9</sup>

En América del Sur, después de Bolivia, el Perú es el segundo país con la mayor tasa de tuberculosis (TBC). En el año 2013, se registraron 31 mil casos de TBC en la forma sensible, mil 260 casos de tuberculosis multidrogo resistente (MDR) y 66 casos de tuberculosis extremadamente drogo resistente (XDR). Las regiones con mayor incidencia se encuentran Madre de Dios, Callao, Ucayali, Tacna, Loreto y Lima. Son 30 mil peruanos con tuberculosis cada año, y de todos ellos, más de la mitad viven en Lima Metropolitana.<sup>10</sup>

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adherencia al tratamiento es crucial en la lucha contra la tuberculosis, si este no se cumple podría traer

consecuencias tales como recaídas más intensas, aumento del riesgo de dependencia, de efectos adversos, de toxicidad, así como riesgo a accidentes y desarrollar resistencia medicamentosa.<sup>11</sup> El núcleo familiar es el ambiente más cercano en donde el paciente tuberculoso recibe apoyo, si en este espacio hay desintegración y se margina a la persona enferma, se le hace sentir inútil y culpable, el paciente se sentirá rechazado y no tendrá motivación para continuar el tratamiento. En la Conferencia de Alma Ata 1978 se retoma a la familia como ente de gran importancia en la atención de salud ya que constituye un componente estratégico que puede ser empleado por los profesionales de la salud en especial por Enfermería; por ello, en el Perú se viene implementando el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), el cual relaciona al individuo, familia y entorno social como un todo.<sup>12</sup> Mesen, M. en la investigación realizada sobre el ambiente familiar y la adherencia al tratamiento, concluye que en la mayoría de casos de recaída los pacientes se curaron por el apoyo recibido por parte de un familiar, madre o esposa.<sup>4</sup>

La Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESNPCT) es el órgano técnico normativo dependiente de la Dirección General de Salud de las Personas, responsable de establecer la doctrina, normas y procedimientos para el control de la tuberculosis en el Perú, garantizando la detección, diagnóstico, tratamiento gratuito y supervisando a todos los afectados con criterios de eficiencia, eficacia y efectividad.<sup>13</sup> En el Perú, la ESNPCT cuenta con los medios técnicos de diagnóstico accesibles y esquemas de tratamiento de alta eficacia para afrontar con éxito el desafío de este grave problema de salud pública.<sup>14</sup>

En la región Ayacucho, la Red de Salud de Huamanga<sup>5</sup>, reporta una disminución de la prevalencia e incidencia de casos de tuberculosis pulmonar; por ello, en el año 2011 se registró 112 casos; en el 2012: 94; 2013: 93; 2014: 92 y 2015: 74. Estas estadísticas son el resultado de los trabajos y estrategias adoptadas por el Programa Control de Tuberculosis (PCT), pero aún no se logra combatir en su totalidad, debido a que algunos pacientes son rechazados por sus familiares, dejando de lado el soporte familiar, que es importante para poder completar el tratamiento. En una entrevista realizada a la Coordinadora Regional de la Estrategia Sanitaria de Tuberculosis Pulmonar, Lic. Obdulia Huamán Soldevilla, informó respecto al caso de un paciente con tuberculosis pulmonar, que fue encerrado y abandonado por sus familiares cerca al Centro de Salud Los Licenciados y gracias al comunicado de los vecinos de la zona se pudo liberar al joven, quien se encontraba en pésimas condiciones. Esta situación enfatiza que Huamanga es una zona de mediano riesgo de infección de tuberculosis por la migración del campo a la ciudad, hacinamiento, pobreza y estilo de vida insalubre; por esta razón, hizo un llamado a los familiares cuyo integrante tenga estos problemas de salud, se le otorgue el soporte necesario para enfrentar la enfermedad.

Los familiares toman actitudes negativas como aislarlos bruscamente por el temor de ser contagiados e indirectamente generan un maltrato psicológico y hasta físico, ocasionando que el paciente abandone el tratamiento y el deseo de aliviar sus dolencias, lo cual también es referido por la profesional de Enfermería encargada del Programa Control de Tuberculosis en el Centro de Salud San Juan Bautista; siendo una de las razones que nos motivó a realizar el presente trabajo de investigación.



El núcleo familiar es el ambiente más cercano, donde el paciente tuberculoso recibe apoyo. Si en este espacio hay desintegración o marginación, se sentirá rechazado, inútil, culpable y no estará motivado. La influencia es positiva cuando la madre, la esposa o los hijos contribuyen como soporte al tratamiento, con el fin de que el enfermo sea responsable con el proceso, sobre todo en los casos en que el padre contagió a alguno de sus hijos o nietos, pero también influye de forma negativa, cuando la familia o el equipo de salud aísla al paciente y lo estigmatiza.<sup>15</sup>

De lo anteriormente descrito, se plantea el problema de investigación:

**¿Existe relación entre el soporte familiar y el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar en los Establecimientos de Salud de la ciudad de Ayacucho 2017?**

## **1.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.**

### **Delimitación conceptual.**

- Soporte familiar durante el proceso de tratamiento de la tuberculosis pulmonar.
- Adhesión al tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar.
- Relación del soporte familiar en la adhesión al tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar.

### **Delimitación poblacional.**

- Pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar en los Establecimientos de Salud de la ciudad de Ayacucho 2017.

### **Delimitación espacial.**

- Establecimiento de Salud de la ciudad de Ayacucho, que comprende: Distrito San Juan Bautista, Carmen Alto, Andrés Avelino Cáceres Dorregaray, Jesús Nazareno y Ayacucho.

### **Delimitación temporal.**

- Marzo a Setiembre del 2017.

### **1.3. ENUNCIADO DEL PROBLEMA.**

¿Existe relación entre el soporte familiar y el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar, en los Establecimientos de Salud de la ciudad de Ayacucho 2017?

### **1.4. OBJETIVO.**

#### **1.4.1. OBJETIVO GENERAL.**

Conocer la relación entre el soporte familiar y el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar en los Establecimientos de Salud de la ciudad de Ayacucho 2017.

#### **1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- Identificar el soporte familiar en el cumplimiento del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar en los Establecimientos de Salud de la ciudad de Ayacucho 2017.
- Evaluar el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar en los Establecimientos de Salud de la ciudad de Ayacucho 2017.

## **1.5. JUSTIFICACIÓN**

La tuberculosis es una de las enfermedades infectocontagiosas de mayor incidencia en el mundo y un problema de salud pública en los países en vías de desarrollo, donde el 98% pertenecen a países pobres. Un tercio de la población mundial ha sido infectada y está en riesgo de enfermar en algún momento de su vida y cada enfermo transmitirá a 10 o 15 personas si no recibe tratamiento<sup>16</sup>. Asimismo, el Perú es el país con mayor morbilidad e incidencia de tuberculosis en América Latina; de igual manera, es el octavo país del mundo con mayor carga de pacientes resistentes a fármacos.<sup>16</sup>

Por estas razones el presente estudio de investigación se justifica, porque aportará bases para el conocimiento científico sobre la adherencia del paciente al tratamiento en relación al soporte familiar, a partir de esta información se podrá diseñar estrategias de promoción y educación a fin de favorecer la adherencia del paciente al tratamiento, el fomento de estilos de vida saludable y la participación activa de la familia, involucrándola en el cuidado del paciente, lo que permitirá asegurar la adherencia del paciente y su recuperación.

En cuanto al aporte a la profesión de Enfermería, el estudio permitirá al profesional, dinamizar los procesos de atención enmarcados en la Estrategia Sanitaria Nacional de Control y Prevención de la Tuberculosis, orientado a brindar un cuidado integral e individualizado dirigido al paciente, familia y comunidad.<sup>17</sup>

Relevancia científica, porque a partir de los resultados que se obtengan, se formularían nuevas hipótesis, modelos y propuestas teóricas sobre la participación de la familia en el diagnóstico y tratamiento del paciente.

Relevancia social, por cuanto los resultados podrán ser utilizados para diseñar planes y programas de medidas correctivas y preventivas sobre los trastornos o alteración de la imagen dentro de la sociedad.

Es viable la realización de la presente investigación puesto que existe accesibilidad a los elementos de estudio a fin de recolectar datos; asimismo, es factible porque se cuenta con recursos humanos, materiales y financieros que garanticen la conclusión de la investigación en el plazo fijado.

El presente estudio no está reñido con la moral y las buenas costumbres, del mismo modo respetarán los principios éticos de la investigación.

## **1.6. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO**

Se han revisado diferentes estudios que guardan relación con el presente problema, tanto en el ámbito internacional, nacional y regional.

### **A. Escala Internacional.**

Martínez y Cols (2014). Factores familiares que favorecen el apego al tratamiento en casos de tuberculosis pulmonar. México, tuvo como **objetivo** identificar los factores familiares que favorecen el apego al tratamiento de la tuberculosis pulmonar. **Material y métodos**, estudio observacional, descriptivo, transversal,

prospectivo, realizado en la unidad de medicina familiar (umf) No. 33 de Reynosa, Tamaulipas. Se incluyó al total de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar de primera vez seleccionados mediante censo nominal. **Resultados**, se identificó a 57 pacientes con tratamiento de tuberculosis pulmonar. Fue determinada una prevalencia de 0.02%, con predominio del sexo masculino (56%). La edad mínima fue de 18 años y la máxima de 83, con una media de  $39 \pm 12$  años, moda de 26 y mediana de 50.5; 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; 92.2% refirió afectación en su vida personal después del diagnóstico de tbp. De los pacientes con abandono al tratamiento, 75% presentaba algún grado de disfunción familiar. **Conclusiones**, la prevalencia de tbp en la umf fue de 0.02%, cifra notoriamente inferior a la media nacional, que es de 15 por cada 100 mil habitantes. Se observaron niveles más altos de disfunción familiar y rechazo social en los pacientes con abandono al tratamiento que en aquellos con diagnóstico de curación, quienes presentaron mayor funcionalidad familiar.<sup>18</sup>

Muñoz y Rubiano (2011). Estudio titulado: “Adherencia al tratamiento antituberculoso: voces de los implicados”. Colombia. El **objetivo** fue analizar, a través de la literatura científica, los significados acerca de la adherencia al tratamiento de la tuberculosis de los implicados en esta problemática, portadores y profesionales involucrados en el control de la enfermedad. **Materiales y métodos:** Se utilizó el cualitativo de corte trasversal. **Conclusiones:** La tuberculosis y la adhesión al tratamiento implican visualizar este problema de salud más allá de lo biológico e individual y como un complejo que implicaría de un cambio en la

atención desde la perspectiva del modelo biomédico hegemónico. Esto, pensando en otro que, por un lado, permitiera una actuación menos burocratizada del sistema sanitario y, por otro, la inclusión de la mirada y participación de los portadores, sus familias y comunidades como actores activos.”<sup>14</sup>.

Heredia, M. (2009) realizó un estudio sobre “Influencia de determinantes en la adherencia al tratamiento de tuberculosis, Yucatán”. México. El objetivo fue Identificar y describir los determinantes sociales que influyen en la adherencia al tratamiento de tuberculosis en Yucatán el método que se utilizó fue cuantitativo descriptivo de corte trasversal. **Resultados:** El 35% por ciento de los participantes de este estudio, que abandonaron el tratamiento o no tuvieron un tratamiento supervisado, refirieron estar desempleados y el 41.9%, que son pensionados, trabajan en forma eventual o reciben ayuda pública; asimismo, expresaron que no tuvieron problema para seguir el tratamiento. El 22.6% que tiene empleo o trabaja por cuenta propia declaró que recibieron apoyo para continuar con el tratamiento. **Conclusiones:** El ambiente familiar es uno de los factores que determinan el riesgo a no adherirse al tratamiento de pacientes con tuberculosis.”<sup>19</sup>

Mesén M y Chamizo H. (2008), realizó un estudio sobre “Determinantes del ambiente familiar y la adherencia al tratamiento de la tuberculosis. Estudio de un caso urbano, el cantón de Desamparados”. Costa Rica. El **objetivo** fue identificar las condiciones que conllevan a la suspensión del tratamiento. **Materiales y métodos:** El método que se utilizó fue Cuantitativo descriptivo correlacional de corte trasversal. Los **resultados** que se obtuvieron fueron, de los 47 pacientes se encontró a 43 casos denominados como nuevos, 9 no se han adherido al tratamiento;

esto porque en su mayoría son indigentes que por uno u otro motivo acudieron a los servicios de salud, pero no se pudo precisar su dirección o esta no era correcta. Entre las **conclusiones:** se evidencia la importancia del contexto familiar y el apoyo que este ofrece al paciente en el proceso de curación, pero también la escasa importancia que este significa en el proceso de gestión de los servicios de salud. Se ha evidenciado que existen muchos pacientes portadores que se quedan fuera del tratamiento debido a problemas sociales y de otra índole que ellos presentan, razón por la que se les pierde el rastro y no se les vuelve a buscar. Se explica que no existe una red de información adecuada que permita la comunicación continua y oportuna entre las diferentes áreas de atención del paciente portador de tuberculosis.<sup>20</sup>

#### **B. Escala Nacional.**

Quevedo, L. y Cols (2015) en su trabajo de investigación: “Relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en centros de salud”, Lima, tuvieron como **objetivo:** Determinar la relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con Tuberculosis Pulmonar. **Material y métodos:** Tipo de estudio descriptivo de corte transversal y correlacional. La población estuvo conformada por 52 pacientes que estuvieron registrados en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis en los Centros de Salud Flor de Amancaes y San Juan de Amancaes. Se utilizó como técnica la encuesta a través de dos cuestionarios validados por juicio de expertos, instrumentos que midieron el soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento. **Resultados:** Un 81,8% de los pacientes, que recibieron nivel alto de soporte familiar y social, presentaron cumplimiento del tratamiento, mientras que un 36.4% recibieron bajo nivel de soporte familiar y

social; por ende, presentaron cumplimiento del tratamiento. La diferencia encontrada resultó estadísticamente significativa ( $p=0,034$ ). Mientras que un 59.6% de los pacientes cumplen con el tratamiento y un 40,4% no lo cumplen. **Conclusiones:** el soporte familiar y social es un eje importante en la recuperación del paciente, ya que el paciente se siente más confiado y motivado a culminar con su tratamiento para recuperarse pronto y reinsertarse a su vida cotidiana.<sup>21</sup>

Reyes, C. y Cols (2014) en su trabajo de tesis: “Relación entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes adultos con tuberculosis pulmonar”, Lima, tuvieron como **objetivo:** determinar la relación entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes adultos con tuberculosis pulmonar. **Material y método:** El estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo, diseño correlacional y retrospectivo. La población estuvo conformada por 46 pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar perteneciente al Esquema de Tratamiento 1. Se utilizó como técnica la encuesta y lista de chequeo y como instrumentos; dos cuestionarios uno del apoyo familiar y otro de la adherencia al tratamiento. **Resultados:** el apoyo familiar en la dimensión general fue malo 39.1%, regular 30.4% y bueno 30.4%; según dimensiones en el apoyo afectivo fue malo 37%, regular 32.6% y bueno 30.4%; en el apoyo emocional fue malo 41.3%, bueno 32.6% y regular 26.1% y en el apoyo instrumental fue regular 41.3%, malo 39.1% y bueno 19.6%. La adherencia en general fue de 58.7% y no adherencia 41.3%; según la primera fase la adherencia fue en el 82.6% y no adherencia 17.4%; en la segunda fase la adherencia fue el 60.9% y no adherencia 39.1% (18). **Conclusiones:** Existe relación significativa entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en los pacientes adultos con tuberculosis pulmonar.<sup>22</sup>



Suárez, C. (2015) en su tesis: “Adherencia al tratamiento y su relación con la participación de la familia en pacientes con tuberculosis en un centro de Salud. 2014”, Lima, tiene como **objetivo** determinar la relación que existe entre el nivel de adherencia al tratamiento y la participación de la familia en el tratamiento de pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Max Arias Schreiber. **Material y metodología:** Enfoque cuantitativo, método descriptivo correlacional de corte transversal. La población estuvo constituida por 70 pacientes de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis del Centro de Salud Max Arias Schreiber. Para realizar la presente investigación se aplicó un cuestionario para evaluar el nivel de adherencia al tratamiento y su relación con la participación de la familia en pacientes con tuberculosis. Los **resultados** del estudio fueron: 23 (46%) de la población presenta un nivel medio de adherencia y 27(54%) presenta un nivel medianamente favorable de participación de la familia. Las **conclusiones** a las que se llegaron fueron: 1. El nivel de adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Max Arias Schreiber está en un nivel “medio”, lo que indica que el paciente está cumpliendo con el tratamiento farmacológico, indicaciones médicas, exámenes y pruebas de control de forma parcial; sin embargo, a esto se suma el hecho que la educación, la familia, nivel socioeconómico y las percepciones del paciente van a influenciar en la adherencia al tratamiento ya sea de forma positiva, favoreciendo la adherencia, o negativa, originando falta de adherencia. 2. El nivel de participación de la familia en el tratamiento de pacientes con tuberculosis es “medianamente favorable”, lo cual indica que cuentan con una parcial participación de la familia y de esta manera podrán hacer frente a la necesidad de cuidado y afrontar la crisis de la enfermedad, esto podría mejorar si se incorpora el agente de autocuidado. 3. Existe una relación significativa entre el

nivel de adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis y el nivel de participación de la familia. Al existir una correlación estadística entre las variables, se acepta la hipótesis alternativa que dice: “Existe relación entre la adherencia al tratamiento y la participación de la familia de los pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Max Arias Schreiber”, el mismo que enfatiza que la participación de la familia juega un papel importante en la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis.<sup>23</sup>

Cardoso, R. y Maza, R. (2007) realizaron un estudio sobre “Apoyo familiar y adaptación de la persona adulta con tuberculosis frente al tratamiento - Hospital Eleazar Guzmán Barrón – Nuevo Chimbote 2007”. Esto se realizó con el **objetivo** de establecer la relación entre Apoyo Familiar y el Nivel de Adaptación de la persona adulta con tuberculosis frente al tratamiento. **Material y métodos.** La investigación fue de tipo descriptivo correlacional. La muestra fue 50 personas con tratamiento de tuberculosis, a quienes se aplicó dos instrumentos para medir el grado de Apoyo Familiar y el nivel de Adaptación. Ambos fueron garantizados en su confiabilidad y validez y procesados en el software SPSS versión 14.00 y presentados en tablas simples y de doble entrada. Para establecer la relación entre las variables de estudio se utilizó la prueba de Chi2. Se reporta como **resultados** que el 44% presenta un apoyo familiar alto; seguido de un apoyo familiar moderado 34% y sólo el 22% representan un apoyo familiar bajo. En cuanto a nivel de adaptación, el 66% tiene un nivel adecuado de adaptación y sólo el 34% representan un nivel de adaptación inadecuado. **Conclusión.** Existe relación directa entre el Nivel de Adaptación y Apoyo Familiar de la persona adulta con tuberculosis frente al tratamiento.<sup>24</sup>

Baldeón, N. (2007) realizó el estudio: “Relación entre el clima social familiar y nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis que asisten al Centro Materno Infantil Tablada de Lurín - Villa María del Triunfo, 2006”. El **objetivo** fue Determinar la relación que existe entre el Clima Social Familiar y el Nivel de Autoestima de los pacientes con Tuberculosis que asisten al Centro Materno Infantil Tablada de Lurín. **Materiales y métodos** fue el descriptivo correlacional de corte transversal. Los resultados obtenidos de los 40 (100%) pacientes, 22 (55%) tienen un clima social familiar medianamente favorable, seguido de 11 (27.5%) con clima social familiar desfavorable y 7 (17.5%) con un favorable clima social familiar. Entre las **conclusiones** del estudio se encuentra: El clima social familiar de los pacientes con tuberculosis tiene un considerable porcentaje entre los rangos de medianamente favorable y desfavorable, que indica que los pacientes no cuentan con un adecuado soporte familiar, por lo cual, no enfrentará adecuadamente la crisis situacional que provoca la enfermedad, no contribuyendo a la recuperación de la enfermedad y predisponiendo así su salud física y emocional.<sup>3</sup>

### **C. Escala regional.**

No existen trabajos relacionados directamente con el tema de estudio, pero se ha podido obtener los siguientes trabajos que guardan alguna relación con el tema de estudio.

**Aquino, V. y Sanchez, S.** (2011) realizaron un estudio sobre “Factores asociados al conocimiento y actitud de los estudiantes de la Unsch sobre la tuberculosis, tuberculosis multidrogoresistente (TB-MDR) y tuberculosis extremadamente drogoresistente (TB-XDR)”. Ayacucho - 2011. **El Objetivo** fue identificar los

factores asociados al conocimiento y actitud de los estudiantes de la UNSCH sobre la tuberculosis, TB multidrogoresistente (TB-MDR) y TB extremadamente drogoresistente (TB-XDR). **Diseño metodológico:** Investigación cuantitativa, no experimental descriptiva correlacional. **Población:** Constituida por todos los estudiantes matriculados en el semestre 2011-I en las facultades de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga y la **Muestra** está formada por 380 estudiantes de las 10 facultades. La técnica de recolección de datos: Entrevista estructurada y escala de Likert. **Resultados:** presentan algunos factores que se asocian con el nivel de conocimiento y actitud. El 6.3% presenta conocimientos adecuados sobre la tuberculosis, de los cuales, el 3.7% tiene actitud de tolerancia, el 1.6% de rechazo y el 1.1% una actitud de indiferencia. **En conclusión,** existe relación de asociación entre el nivel de conocimiento (bueno, regular y malo) sobre la tuberculosis y la actitud (tolerancia, indiferencia y rechazo) hacia esta enfermedad. Estadísticamente (prueba estadística del chi cuadrado) se corrobora y confirma la relación de dependencia entre el conocimiento y la actitud de los estudiantes hacia la tuberculosis ( $p > 0.05$ ).

**Llactahuamán, H. y Mitma, H. (2012)** realizaron un estudio sobre “Spot televisivo contra la tuberculosis y su impacto en adolescentes de la jurisdicción del Centro de Salud Los Licenciados, octubre Ayacucho - 2012”. El **Objetivo:** Determinar el impacto del spot televisivo contra la tuberculosis emitidos por los canales locales de señal abierta en adolescentes de la jurisdicción del Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho octubre - 2012. **Diseño Metodológico:** Se empleó el enfoque de investigación cuantitativo y el nivel de investigación cuantitativo transversal. **Tipo de investigación:** Aplicativo, porque plantea y aplica

teorías, prácticas de prevención de la enfermedad. El área de estudio fue la jurisdicción del Centro de Salud Los Licenciados de la provincia Huamanga, departamento Ayacucho. **Muestra:** Probabilística sistemática a 260 adolescentes. La técnica de recolección de datos fue la entrevista y el análisis de estudio. **Resultados:** El 44.6% (116) sí tuvieron acceso al spot televisivo, de los cuales un 61.2% (71) tuvo un impacto afectivo positivo; el 80.2% (93) tuvo un impacto cognitivo y el 73.3% (85) tuvo un impacto de intención de cambio de conducta. **Conclusión:** El spot televisivo contra la tuberculosis sí tiene impacto afectivo, cognitivo y conductual.

**Mendoza, H. y Palomino, P. (2014)** realizaron un estudio sobre el “Riesgo de la tuberculosis pulmonar en contactos primarios relacionado con la oferta y demanda en el Centro de Salud San Juan Bautista, Ayacucho 2014”. El **Objetivo:** Determinar el riesgo de la tuberculosis pulmonar en contactos primarios relacionado con la oferta y demanda en el Centro de Salud San Juan Bautista – Ayacucho 2014. Los **materiales y métodos:** Enfoque cuantitativo, nivel de investigación descriptivo correlacional, diseño de corte transversal - retrospectivo; el **área de estudio** fue el distrito de San Juan Bautista (Huamanga). La **Población** estuvo constituida por 68 contactos primarios mayores de 15 años; la **Muestra**, por el 100% (68) de contactos primarios de pacientes con tuberculosis pulmonar diagnosticados y con tratamiento cumplido en el año 2014 en el Centro de Salud San Juan Bautista; la técnica de recolección de datos fueron la observación y entrevista. **Resultado:** Del 100% de contactos primarios, el 67.6% es de alto riesgo respecto a la oferta y 57.4% respecto a la demanda. **Conclusión:** Los contactos primarios tienen alto riesgo de desarrollar tuberculosis pulmonar en relación a la oferta y la demanda.

## **BASE TEÓRICA - CIENTÍFICA**

### **1.6.1. La Tuberculosis.**

Es una enfermedad infectocontagiosa producida por el Bacilo de Koch (*Mycobacterium tuberculosis*), que afecta con mayor frecuencia a los pulmones, denominándose Tuberculosis Pulmonar siendo ésta el tipo más común de Tuberculosis, pero puede comprometer cualquier otra parte del cuerpo. Se caracteriza por la aparición de un pequeño nódulo denominado tubérculo o mediante la formación de granulomas.

### **1.6.2. Agente causal.**

Las especies agrupadas en el complejo son *Mycobacterium tuberculosis*: *M. Tuberculosis*, *M. Africanum* y *M. Bovis*. En nuestro medio, *M. Tuberculosis* es el agente etiológico habitual, ya que la especie africana es excepcional; por otro lado, la transmisión de *M. Bovis* casi ha desaparecido al generalizarse el consumo de productos lácteos pasteurizados. Se trata de un bacilo aerobio estricto que tiene como características ser ácido - alcohol resistente, sensible a la luz solar, al calor, la luz ultravioleta y algunos desinfectantes, pero resistente a la desecación.

### **1.6.3. Reservorio.**

El reservorio fundamental es el ser humano infectado, que puede desarrollar la enfermedad y eliminar bacilos con todas las maniobras respiratorias, especialmente al toser o estornudar, convirtiéndose así en fuente de infección.

### **1.6.4. Mecanismo de acción.**

La tuberculosis se transmite de persona a persona por vía aérea, a través de la inhalación de bacilos tuberculosos contenidos en partículas que alcanzan el alveolo

pulmonar. Las partículas expulsadas por el paciente bacilífero (con tuberculosis activa) se eliminan mediante las gotas infecciosas de saliva (flugges o droplets), estas tienen un diámetro entre 0.5 a 5  $\mu\text{m}$ , pudiéndose producir alrededor de 400 mil con un solo estornudo. Cada una de esas gotitas proveniente de un enfermo activo puede transmitir el microorganismo, especialmente sabiendo que la dosis infectante de la tuberculosis es considerablemente baja; de modo que la inhalación de una sola de las bacterias puede causar una infección. La probabilidad de una transmisión eficaz aumenta con el número de partículas contaminadas expulsadas por el enfermo, por la mala ventilación aérea, la duración de la exposición y en la virulencia de la cepa del M. Tuberculosis.

Las personas con contactos frecuentes, prolongados o intensos tienen un riesgo alrededor del 25% mayor de ser infectados. Un paciente con Tuberculosis activa sin tratamiento puede infectar entre 10 a 15 personas por año.

La Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESNPCT) es el órgano técnico normativo dependiente de la Dirección General de Salud de las Personas, responsable de establecer la doctrina, normas y procedimientos para el control de la tuberculosis en el Perú; garantizando la detección, diagnóstico, tratamiento gratuito y supervisando a todos los afectados con tuberculosis con criterios de eficiencia, eficacia y efectividad.<sup>25</sup>

En el Perú, la ESNPCT cuenta con los medios técnicos de diagnóstico accesibles y esquemas de tratamiento de alta eficacia para afrontar con éxito el desafío de este grave problema de salud pública.<sup>25</sup>

Cabe destacar que, no todas las personas infectadas con bacilos de la tuberculosis enferman. El sistema inmunitario elimina los bacilos de la tuberculosis o bien los aísla, pudiendo esto mantenerse en estado latente durante años. Si el sistema inmunitario no logra controlar la infección por los *Mycobacterium* estos se multiplican, produciendo la forma activa de la enfermedad y dañando al organismo<sup>26</sup>.

#### **1.6.5. Epidemiología.**

La tuberculosis (TBC) continúa siendo un problema de salud pública a nivel mundial y nacional. Cada año 8 millones de personas contraen la enfermedad y 3 millones mueren por esta causa en el mundo. La enfermedad está ampliamente distribuida por todo el mundo, aunque con diferentes prevalencias, según las Regiones. La OMS declaró a la TBC como una “emergencia global” en 1993 y puso como objetivo su control (no su erradicación).

Perú es el segundo país en América del Sur que tiene la más alta tasa de tuberculosis y el tercero en América, después de Haití y Bolivia. En el 2013, se registraron 31 mil casos de Tuberculosis en forma sensible, mil 260 casos de Tuberculosis Multidrogo resistente y 66 casos de tuberculosis Extremadamente Drogoresistente.<sup>10</sup>

#### **1.6.6. Etiología.**

La tuberculosis pulmonar es causada por la bacteria llamada *Mycobacterium Tuberculosis* y se puede adquirir por la inhalación de gotitas de agua provenientes de la tos o estornudo de una persona infectada. La infección sucede generalmente por contacto directo con las personas que sufren tuberculosis activa.<sup>26</sup>



### **1.6.7. Fisiopatología.**

El riesgo de desarrollar TB activa es mayor en pacientes con inmunidad celular alterada. La infección inicia cuando el bacilo alcanza el alveolo pulmonar que invade y posteriormente es fagocitada por los macrófagos alveolares, donde se replica intracelularmente. El macrófago interactúa con los linfocitos T, lo que resulta en la diferenciación de macrófagos en histiocitos epiteloides, los cuales, junto con los linfocitos, forman granulomas. El bacilo no siempre es eliminado y permanece inactivo, causando una infección latente. El sitio de infección primario es el pulmón, llamado Foco de Ghon; en ocasiones, crece con la progresión de la enfermedad y se resuelve dejando una cicatriz visible que puede ser densa y presentar focos de calcificación. Durante el estadio temprano de la infección, los microorganismos se diseminan por la vía linfática a la región hiliar y mediastinal y por vía hematogena a sitios más distantes. El 5% de los individuos infectados por tuberculosis tienen inmunocompromiso y la enfermedad activa se desarrolla clínicamente un año después de la infección, lo que se denomina como infección progresiva primaria.

### **1.6.8. Clasificación.**

#### **A. Tuberculosis pulmonar.**

La tuberculosis afecta al parénquima pulmonar y al árbol traqueo bronquial. Además, se incluirá bajo este epígrafe la tuberculosis laríngea, en razón de su importancia epidemiológica y para agrupar las tuberculosis transmisibles por vía respiratoria. En caso de afectación múltiple, la localización pulmonar será considerada siempre como fundamental y el resto como adicional.<sup>27</sup>

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa que suele afectar a los pulmones y es causada por una bacteria denominada *Mycobacterium Tuberculosis*. Se transmite de una persona a otra a través de gotículas generadas en el aparato respiratorio de pacientes con enfermedad pulmonar activa. La infección por *M. tuberculosis* suele ser asintomática en personas sanas, dado que su sistema inmunitario actúa formando una barrera alrededor de la bacteria.<sup>28</sup>

### **B. Tuberculosis extrapulmonar.**

Afecta cualquier órgano que no sea el pulmón. Incluye formas que están ubicadas parcial o totalmente dentro del tórax y son consideradas extrapulmonares:

- **Tuberculosis pleural:** Afecta exclusivamente a la pleura, con o sin derrame.
- **Tuberculosis linfática:** Afecta al sistema linfático. Se distinguen las formas intra y extra torácica, según la localización de los ganglios afectados.
- **Tuberculosis oseoarticular:** Afecta a huesos y articulaciones. Se distingue entre localización vertebral y extravertebral.
- **Tuberculosis del sistema nervioso central:** Afecta al Sistema Nervioso Central (SNC). Se distingue entre meningitis tuberculosa y cualquier otra afectación diferente localización en el SNC.
- **Tuberculosis genitourinaria:** Afecta al aparato genital y/o urinario.
- **Tuberculosis digestiva peritoneal:** Afecta el peritoneo (con o sin ascitis) y al aparato digestivo.<sup>29</sup>

### **C. Tuberculosis según resistencia a medicamentos.**

- a. **Caso de Tuberculosis pansensible:** Caso en el que se demuestra sensibilidad a todo el medicamento de primera línea por pruebas de sensibilidad convencional.

- b. **Caso de Tuberculosis multidrogorresistente (TB-MDR):** Caso con resistencia simultánea isoniacida y rifampicina por pruebas convencionales.
- c. **Caso de Tuberculosis extensamente resistente (TB-XDR):** Caso con resistencia simultánea a isoniacida, rifampicina, una fluoroquinolona y un inyectable de segunda línea (amikacina, kanamicina o capreomicina) por prueba rápida molecular o convencionales.
- d. **Otros casos de tuberculosis drogorresistente:** Caso en el que se demuestra resistencia a medicamentos antituberculosis sin cumplir criterios de TB-MDR. Pueden ser:
- **Tuberculosis monorresistente:** Caso en el que se demuestra, a través de una prueba de sensibilidad (PS) convencional, resistencia solamente a un medicamento antituberculosis.
  - **Tuberculosis polirresistente:** Caso en el que se demuestra a través de una prueba de sensibilidad convencional, resistencia a más de un medicamento antituberculosis sin cumplir criterio de TB-MDR. <sup>25</sup>

#### **1.6.9. Manifestaciones clínicas.**

La tuberculosis pulmonar es la más frecuente y la más contagiosa de las formas de tuberculosis. Representa alrededor del 80 al 85% del total de los casos y entre los principales síntomas que presenta esta enfermedad se incluyen los siguientes<sup>30</sup>:

- Tos seca o productiva por más de 15 días.
- Expectoración (flema) con o sin Hemoptisis (expectoración de sangre).
- Pérdida de peso.
- Fiebre prolongada y escalofríos (a veces).

- Sudoración nocturna.
- Cansancio y debilidad.
- Dolor torácico.
- Dificultad para respirar.
- Pérdida de apetito.

Los síntomas de la tuberculosis extra pulmonar dependerán del órgano afectado.

#### **1.6.10. Diagnóstico.**

El diagnóstico de certeza de la tuberculosis implica la identificación del agente causal. Las muestras a analizar pueden ser de origen respiratorio (esputo normal o inducido, contenido gástrico, lavado bronquial y bronco alveolar, biopsias endoscópicas o quirúrgicas) o no respiratorias (orina, LCR, sangre y medula ósea e inmunodeprimidos, funciones aspirativas y biopsias).

Las técnicas disponibles para el diagnóstico de tuberculosis son:

- La bacteriología
- La radiología
- La reacción de PPD
- Otras técnicas de laboratorio

##### **a. Bacteriología.**

Baciloscopia directa de la expectoración (esputo). Es la técnica de confirmación más práctica, sencilla y rápida y puede confirmar entre el 65% y 80% de los casos de tuberculosis.

La baciloscopia en pacientes con tratamiento se realiza cada mes durante el tratamiento, mientras a los contactos intradomiciliarios (primarios), mínimo dos baciloscopias.

**Informe de resultados de baciloscopia de esputo.**

<b>Informe de resultado de baciloscopia</b>	<b>Resultados del examen microscópico</b>
Negativo	No se observan BARR en 100 campos observados.
Positivo +	Se observan menos de un bacilo por campo en promedio, en 100 campos observados (10 - 99 bacilos en 100 campos).
Positivo ++	Se observan de 1 a 10 bacilos por campo en promedio, en 50 campos observados.
Positivo +++	Se observan más de 10 bacilos por campo en promedio, en 20 campos observados.

\*Si se observa de 1 a 9 BARR en 100 campos microscópicos, leer otros 100 campos microscópicos. Si persiste el resultado, se anotará el hallazgo en el registro y la muestra se enviará para cultivo. <sup>25</sup>

**b. Cultivo:** Es el método de elección para el diagnóstico e identificación del bacilo, ya que es la técnica de mayor sensibilidad en la detección de M. Tuberculosis, por requerir la presencia de solo 10 bacilos/ml en la muestra para obtener un resultado positivo. En las formas de tuberculosis extrapulmonares, quizás la única forma de diagnóstico bacteriológico disponible. El examen mediante el cultivo es de mayor sensibilidad, pero requiere más tiempo, es más compleja y más costosa.

**c. Radiología:** es un elemento complementario para el diagnóstico de tuberculosis, porque es poco específica; ya que las imágenes radiológicas que produce la

tuberculosis pueden ser producidas por otras patologías respiratorias y enfermedades sistémicas.

Es necesario solicitar radiografías de tórax siempre que:

- La baciloscopia sea reiteradamente negativa y no haya otro diagnóstico probable.
- El paciente se trate por otro diagnóstico y haya mala evolución del tratamiento.
- El niño este con sospecha clínica o epidemiológica de tuberculosis.

Una radiografía de tórax normal descarta tuberculosis en más del 95% de los adultos inmunocompetentes. Es una prueba muy sensible, pero poco específica; por lo que, requiere la utilización de otras pruebas complementarias para el diagnóstico.

La radiografía de tórax se realiza al contacto, al segundo mes y al finalizar el tratamiento.

**d. Reacción de PPD:** La prueba de la tuberculina debe realizarse a la población que presente mayor probabilidad de infección o enfermedad tuberculosa, como es el caso de los niños sospechosos y los contactos estrechos de enfermos bacilíferos. En general, la reacción a la tuberculina es de poca ayuda, ya que diagnostica infección y no enfermedad.

Entre el 10 al 20% de las formas de tuberculosis puede aparecer como no reactivas a la tuberculina, ya sea por mala técnica o por enfermedades que producen inmunodepresión, como infección por VIH, insuficiencia renal, malnutrición.<sup>29</sup>

### 1.6.11. Tratamiento.

El tratamiento correcto es la mejor medida de control de la TB. Se ofrece tratamiento gratuito a todos los enfermos de tuberculosis en todo el territorio del Estado.

#### Esquema para Tuberculosis sensible: <sup>25</sup>

La nomenclatura del esquema se representa de la siguiente manera:

**2RHZE / 4R<sub>3</sub>H<sub>3</sub>**

- Los números delante de las siglas indican los meses que durará el tratamiento con esos fármacos.
- Su ausencia indicará que es diario.
- El (/) significara Cambio de fase.
- El subíndice indica el número de veces por semana que recibirá el fármaco.
- Dónde: H: Isoniacida. E: Etambutol.  
R: Rifampicina. Z: Pirazinamida

#### 1. Indicación para pacientes con TB sin infección por VIH/SIDA:

- Paciente con TB pulmonar frotis positivo o negativo.
- Pacientes con TB extrapulmonar, excepto compromiso miliar, SNC y osteoarticular.
- Pacientes nuevos o antes tratados (recaídas y abandonos recuperados).

Esquema para adultos y niños:

**Primera fase:** 2 meses (HREZ) diario (50 dosis).

**Segunda fase:** 4 meses (H<sub>3</sub>R<sub>3</sub>) tres veces por semana (54 dosis).

Dosis de medicamentos antituberculosos de primera línea para personas de 15 años o más: <sup>25</sup>

<b>Medicamentos</b>	<b>Primera fase diaria</b>		<b>Segunda fase tres veces por semana</b>	
	<b>Dosis (mg/kg)</b>	<b>Dosis máxima diaria</b>	<b>Dosis (mg/kg)</b>	<b>Dosis máxima por toma</b>
Isoniacida (H)	5 (4-6)	300 mg	10 (8-12)	900 mg
Rifampicina (R)	10 (8-12)	600 mg	10 (8-12)	600 mg
Pirazinamida (Z)	25 (20-30)	2000 mg		
Etambutol (E)	20 (15-25)	1600 mg		

\*Rango de dosis de medicamentos entre paréntesis.

Tanto en la primera fase como en la segunda fase, la dosis máxima no debe exceder lo dispuesto en la Norma técnica. Dosis de medicamentos antituberculosos de primera línea para personas menores de 15 años:

<b>Medicamentos</b>	<b>Primera fase diaria</b>		<b>Segunda fase tres veces por semana</b>	
	<b>Dosis (mg/kg)</b>	<b>Dosis máxima diaria</b>	<b>Dosis (mg/kg)</b>	<b>Dosis máxima por toma</b>
Isoniacida (H)	10 (10-15)	300 mg	10 (10-20)	900 mg
Rifampicina (R) *	15 (10-20)	600 mg	15 (10-20)	600 mg
Pirazinamida (Z)	35 (30-40)	1500 mg		
Etambutol (E)	20 (15-25)	1200 mg		

Rango de dosis de medicamentos entre paréntesis.

\*Sólo administrar Rifampicina en jarabe, en la presentación autorizada por la DIGEMID, incluida en el PNUME. No se recomienda utilizar soluciones preparadas de manera no industrial.



**Recordar:** Que en la primera fase se debe administrar 50 dosis diarias (de lunes a sábado) por 2 meses y en la segunda fase se debe administrar 54 dosis tres veces por semana (lunes, miércoles y viernes o martes, jueves y sábado) por 4 meses.

### **Procedimientos para el inicio y monitoreo del tratamiento antituberculosis.**

#### **a. Tuberculosis sensible.**

##### **Procedimiento para el inicio del tratamiento en Tuberculosis sensible.**

El inicio de tratamiento para Tuberculosis sensible debe ser dentro de las 24 horas posteriores al diagnóstico.

El procedimiento comprende los siguientes pasos:

1. Realizar la consulta médica y evaluación de factores de riesgo para TB resistente.
2. Verificar que la muestra de esputo para PS rápida (en TB pulmonar) esté en proceso.
3. Obtener consentimiento informado.
4. Solicitar la batería de exámenes auxiliares basales.
5. Realizar entrevista de Enfermería.
6. Registrar el caso en el libro de seguimiento de pacientes que reciben medicamentos de primera línea e inicio del registro de la Tarjeta de Control de Tratamiento con Medicamentos de Primera Línea.

##### **Monitoreo de la respuesta al tratamiento para Tuberculosis sensible:**

El monitoreo del tratamiento mediante evaluaciones clínicas y exámenes auxiliares se detalla en la presente Norma Técnica de Salud.

El control médico debe ser realizado al inicio, al primer mes, segundo mes y al término del tratamiento.

La baciloscopia mensual es obligatoria en todos los casos: Toda muestra de esputo cuya baciloscopia 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 baciloscopia y cultivo de control.

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

Presenta **baciloscopia positiva** se 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.

#### **b. Tuberculosis resistente.**

Procedimiento para el inicio de tratamiento en tuberculosis resistente.

El inicio de tratamiento para Tuberculosis resistente debe ser lo antes posible y no debe ser mayor a 14 días posteriores al diagnóstico de Tuberculosis resistente.

El proceso comprende los siguientes pasos:

1. Referir al paciente al médico consultor del nivel correspondiente con su historia clínica que debe contener:

- ✓ Evaluación del médico tratante del EESS (Establecimiento de Salud).
  - ✓ Evaluación de servicio social, psicológico y enfermería.
  - ✓ Copia de tarjeta de control de tratamiento.
  - ✓ Resultados de prueba de sensibilidad, esputo y cultivo.
  - ✓ Examen auxiliar inicial detallado en la presente Norma Técnica de Salud.
2. El médico consultor del nivel correspondiente evalúa al paciente, completa el formato de "Resumen de historia clínica de paciente con Tuberculosis resistente" que incluye la opinión del médico consultor y emite la posología de medicamentos de segunda línea, la cual tendrá **vigencia sólo de 30 días**.
  3. El Establecimiento de Salud recibe la posología y el médico tratante obtiene el consentimiento informado de aceptación del tratamiento antituberculosis.
  4. El Establecimiento de Salud solicita los medicamentos a la ESR PCT o a la ES PCT-DISA, quienes coordinan con la DEMID/DIREMID o la que haga sus veces a nivel regional, para su abastecimiento, adjuntando la posología de medicamentos de segunda línea.
  5. El EESS inicia el tratamiento según la posología del médico consultor dentro de un tiempo no mayor a 14 días de haberse diagnosticado la tuberculosis resistente; y completa el expediente para su presentación al CRER / CER - DISA en un plazo máximo de 30 días, bajo responsabilidad administrativa.
  6. Sólo los pacientes con indicación de inyectables de segunda línea y/o cicloserina deben ser evaluados de rutina por otorrinolaringología y/o psiquiatría, respectivamente, dentro del primer mes de iniciado el tratamiento. No debe postergarse el inicio del tratamiento por no disponer de estas evaluaciones.

7. Registrar el caso en el libro de seguimiento de pacientes que reciben medicamentos de segunda línea e inicio del registro de la tarjeta de control de tratamiento con medicamentos de segunda línea.

### **Monitoreo de respuesta al tratamiento de la Tuberculosis resistente.**

El monitoreo del tratamiento de la Tuberculosis resistente mediante evaluaciones clínicas y exámenes auxiliares se detalla en la Tabla de la presente Norma Técnica de Salud.

El control de los pacientes con Tuberculosis resistente debe ser realizado por el médico tratante del EESS de manera mensual y por el médico consultor cada 3 meses.

Todo paciente con Tuberculosis resistente debe ser monitoreado con baciloscopía y cultivo de esputo mensuales durante todo el tratamiento.

Una vez que se haya dado alta al paciente, el médico tratante debe realizar 6 controles mensuales.

### **1.6.12. Principales medidas preventivas.**

Tiene como finalidad evitar la infección por tuberculosis y, en caso de que esta se produzca, tomar medidas para impedir el paso de infección a enfermedad. Las medidas preventivas están dirigidas a evitar la diseminación de Bacilo de Koch.<sup>31</sup>

**Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de la tuberculosis pulmonar frotis positivo.**

La medida preventiva más eficaz para evitar el contagio, eliminando las fuentes de infección presentes en la comunidad, es a través de la detección, el diagnóstico precoz y el tratamiento completo de los casos de tuberculosis pulmonar frotis positivo.

### **Vacuna BCG.**

La vacuna BCG (Bacilo de Calmette – Guerin) es una vacuna viva y atenuada obtenida originalmente a partir del *Mycobacterium bovis*. Su aplicación tiene como objetivo provocar la respuesta inmune útil que reduce la morbilidad tuberculosa pos infección primaria. Se aplica gratuitamente a los recién nacidos. Su importancia radica en la protección que brinda contra las formas graves de tuberculosis infantil, especialmente la meningoencefalitis tuberculosa y la tuberculosis miliar en la población menor de 5 años.<sup>31</sup>

### **1.6.13. Adherencia al tratamiento.**

La organización Mundial de la Salud, define el cumplimiento o adherencia terapéutica como la magnitud con que el paciente sigue las instrucciones. En contraparte Haynes y Sackett la define como “la medida en que la conducta del paciente en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por los profesionales sanitarios”, siendo por tanto, la no adherencia el grado en que no se realizan estas indicaciones, en este caso es importante considerar las características de la enfermedad y los aspectos psicosociales del paciente, aspectos demográficos (edad, sexo, grupo étnico, posesión socioeconómica nivel de estudios), entre otros<sup>32</sup>

En la actualidad, el tema de adherencia al tratamiento médico tiene gran trascendencia, debido a que una serie de conductas de riesgo y problemas de salud requieren necesariamente que la persona ponga en práctica las recomendaciones terapéuticas que se han indicado, lo cual no siempre se realiza correctamente.<sup>33</sup>

El incumplimiento de las indicaciones médicas no solo es grave porque hace ineficaz el tratamiento prescrito contra la Tuberculosis, sino que produce un aumento de la morbilidad y mortalidad, así como aumenta los costos de la asistencia sanitaria. Es así que genera grandes pérdidas en el aspecto personal, familiar y social.<sup>34</sup>

Con estas consideraciones, podemos definir la adherencia como el grado de acatamiento o cumplimiento en relación con los medicamentos, la pauta posológica, el plazo prescrito y ejecutar cambios de estilos de vida, lo que quiere decir que el paciente está siguiendo el curso recomendado de tratamiento, tomando todos los medicamentos prescritos durante el tiempo que sea necesario, realizándose los exámenes y las pruebas de control; asimismo, que está cumpliendo las medidas de control de la tuberculosis y ejerciendo sus derechos y deberes como persona con Tuberculosis.

La adherencia es importante porque la tuberculosis es curable si los pacientes cumplen con el tratamiento.<sup>35</sup>

En el manual de capacitación para el manejo de la tuberculosis<sup>36</sup> se dan a conocer los factores condicionantes para la adherencia, destacando que tanto las condiciones del Establecimiento de Salud, como las de su personal pueden presentar barreras a

la adherencia del paciente. Sin embargo, durante la entrevista de Enfermería se pueden detectar en el paciente factores de riesgo para la no adherencia con el consecuente abandono de la persona al tratamiento, como: factores relacionados al servicio y factores relacionados con el paciente con tuberculosis pulmonar.

### **FACTORES RELACIONADOS AL SERVICIO.**

1. Factores socio económicos,
2. Factores relacionados con el sistema y el equipo de atención sanitaria,
3. Factores relacionados con el tratamiento y
4. Factores relacionados con el paciente.

### **Determinantes socioeconómicos.**

La falta de redes de apoyo social efectivas y circunstancias de la vida inestable; creencias culturales y populares acerca de la enfermedad y el tratamiento; grupo étnico, sexo y edad; costo elevado de la medicación; costo elevado del transporte; implicación en la justicia criminal y el tráfico de drogas son algunos de los determinantes que pueden relacionarse con la adherencia al tratamiento.

### **Relación inadecuada con el personal de salud.**

Algunas personas con Tuberculosis tienen una mala relación con el equipo de salud. Cuando los pacientes y trabajadores de salud no establecen una relación basada en el respeto y la confianza puede influenciar en la adherencia de las personas con Tuberculosis. Si un paciente cree y confía en el personal de salud, es más probable que siga las instrucciones y los consejos para cooperar. También es más probable que los pacientes pregunten y muestren sus inquietudes con respecto al tratamiento.

**Personal no capacitado.**

Para una atención adecuada de tuberculosis se requiere de personal sensibilizado, motivado y entrenado en todo el manejo de la Tuberculosis, lo cual incluye la prevención, detección, tratamiento, seguimiento y educación. Si la persona con Tuberculosis siente que el personal de salud no sabe manejar su tratamiento pierde confianza y respeto al servicio brindado, dificultando su adherencia.

**Falta de confidencialidad.**

La Tuberculosis es una enfermedad muy estigmatizada por lo que es necesario respetar siempre la confidencialidad de las personas con Tuberculosis, e incluso de aquellas con sospecha de tener Tuberculosis. El no guardar confidencialidad puede resentir al paciente y provocar el abandono del tratamiento para no ser identificado. No deberíamos, por ejemplo, poner el nombre del paciente en su caja de medicamentos. No es necesario ni correcto hacerlo. Un número de caso o el código son suficientes. Ésta es una falta de confidencialidad porque cualquier persona puede leer los nombres en el área de tratamiento.

**Falta de medicamentos e insumos de laboratorio.**

Si no hay suficientes medicamentos y/o insumos de laboratorio para la detección, tratamiento y control de las personas con Tuberculosis, es posible que pierdan continuidad y confianza en el servicio que se les está brindando.

**Ambiente inadecuado.**

Los ambientes sucios, oscuros, poco ventilados y desordenados no permiten ofrecer un servicio adecuado, donde el paciente pueda sentirse cómodo y bien atendido.



Además, la presencia de estas condiciones contradice a la educación que se brinda a la persona con TB sobre medidas de prevención y de higiene. Se debe hacer el mayor esfuerzo por mantener ambientes limpios y ordenados con adecuado flujo de aire para la atención a la persona con Tuberculosis.

### **Falta de personal y servicios.**

La escasez de personal contribuye a demoras en la atención, la disminución del tiempo de atención por paciente y que éste sienta rechazo por el servicio brindado. También se debe considerar que, para el caso de personas con Tuberculosis con esquemas más complejos, se requiere el apoyo de servicios y especialistas que, tal vez, algunos Establecimientos de Salud no tengan. La persona con Tuberculosis tiene que movilizarse a muchos lugares diferentes para sus controles y exámenes solicitados; lo que podría generar cansancio y, consecuentemente, no cumplir con el proceso.

### **Accesibilidad al servicio de salud.**

La falta de acceso a la atención de salud puede, también, ser un obstáculo significativo para completar un esquema de Tuberculosis. Se deben hacer esfuerzos especiales para lograr y proporcionar atención para pacientes sin un domicilio permanente o sin medios de transporte. Las personas con Tuberculosis que trabajan pueden tener horarios de trabajo que interfieren con el horario del Establecimiento de Salud. También, en algunos casos (especialmente en las personas con Tuberculosis MDR), no pueden pagar el costo de transporte, exámenes de control y medicamentos para tratar las RAFAS, por lo cual, puede dificultar el cumplimiento del esquema.

### **Falta de trabajo en equipo.**

Si el equipo de Tuberculosis no trabaja como tal, será más probable que se cometan errores o no se cumplan los deberes oportunamente. Esto hará que el servicio se vea perjudicado.

### **Determinantes relacionados con el tratamiento.**

El número de comprimidos que deben tomarse, así como su toxicidad y los efectos colaterales de otro tipo asociados con su uso pueden actuar como un obstáculo al tratamiento continuo.

## **FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE CON TUBERCULOSIS**

### **El paciente se siente mejor.**

Una vez que las personas con Tuberculosis ya no se sienten enfermas, pueden creer que está bien dejar de tomar sus medicamentos antituberculosos. Los síntomas pueden disminuir drásticamente durante la primera fase del tratamiento; sin embargo, a menos que los pacientes continúen con su tratamiento durante el tiempo indicado, algunos bacilos tuberculosos pueden sobrevivir, poniéndolos en riesgo a tener una recaída y desarrollar organismos drogo resistentes.

### **Falta de conocimiento y comprensión.**

Algunas veces hay ciertos temas que las personas con Tuberculosis no entienden del todo; por ejemplo, el proceso de la enfermedad y su tratamiento, la prevención, el cómo tomar sus fármacos, los exámenes de control y el tratamiento prolongado. Por eso, no sólo es importante orientarlos, sino hacerlo con palabras sencillas y otros métodos. La falta de conocimiento y comprensión puede llevar a una incapacidad o a una falta de motivación para terminar el tratamiento.

### **Creencias culturales o personales.**

Algunas personas con Tuberculosis tienen fuertes creencias culturales o personales respecto de la enfermedad, de cómo se debe tratar y a quién pueden acudir para pedir ayuda. Cuando el tratamiento entra en conflicto con este tema, los pacientes se pueden volver temerosas, ansiosas o, en última instancia, se distancian del personal de salud.

### **Falta de capacidad física y mental.**

Ciertas personas con Tuberculosis no tienen la capacidad necesaria para seguir las instrucciones de un trabajador de atención de salud y adherirse a un esquema prescrito. Los grupos que están particularmente en riesgo de problemas de adherencia son: los pacientes ancianos con movilidad o destreza manual limitada, las personas con problemas mentales y los niños.

### **El abuso de drogas y alcohol.**

Las personas con Tuberculosis que abusan de las drogas y el alcohol pueden no dar prioridad al tratamiento, porque se encuentran sumergidos en su adicción. A su vez, tener malas relaciones con su familia y amigos, lo que perjudicaría el apoyo que podría recibir por parte de ellos. Además, los medicamentos ocasionarían reacciones adversas con mayor frecuencia.

### **Falta de motivación.**

Algunas personas pueden tener una falta de motivación para adherirse al tratamiento de Tuberculosis. Las personas con Tuberculosis pueden sentir que se les cortan sus expectativas de vida por el largo y difícil proceso del tratamiento o se sienten estigmatizadas (marcadas y/o rechazadas).

Para ayudar a las personas con Tuberculosis a que cumplan con el tratamiento, el trabajador de atención de salud necesitará calcular hasta qué punto dichos problemas representan barreras a la adherencia. Se puede utilizar un diagnóstico de comportamiento para encontrar qué es lo que le está causando problemas a una persona con Tuberculosis en términos de adherencia y desarrollar estrategias para mejorar el plan de tratamiento de cada paciente.

#### **1.6.14. La adherencia y autocuidado del paciente con tuberculosis**

##### **Teoría del autocuidado 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.<sup>37</sup>

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:

1. **La teoría del autocuidado:** Muestra aquello que las personas necesitan saber, qué se requiere y qué deben estar haciendo o haber hecho por ellos mismos, para regular su propio funcionamiento y desarrollo, provee las bases para la recolección de datos.<sup>38</sup>
2. **La teoría del déficit de autocuidado:** Postula el propósito o enfoque del proceso de diagnóstico. La demanda, las capacidades y limitaciones de cuidado

del individuo pueden ser calculadas a fin de proporcionar el cuidado de acuerdo a la demanda establecida y determinada; por lo tanto, la relación entre la demanda y la capacidad puede ser identificada claramente.<sup>39</sup>

3. **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.<sup>40</sup>

### **Conceptos principales y definición.**

**a. Auto-cuidado:** Consiste en las actividades que las personas maduras o que están madurando inician y llevan a cabo en determinados periodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano y continuar con el desarrollo personal y bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo.<sup>40</sup>

**b. Agente del autocuidado:** Es la persona que va a proporcionar los cuidados o realiza una acción específica.<sup>40</sup>

**c. Cuidado dependiente:** Es el cuidado que se ofrece a una persona que, debido a la edad o a factores relacionados, no puede realizar el auto-cuidado necesario para mantener la vida, un funcionamiento saludable, un desarrollo personal continuado y el bienestar.<sup>40</sup>

### **d. Requisitos de auto-cuidado en caso de desviación de salud:**

Existen para las personas que están enfermos con formas específicas de estados o trastornos patológicos, incluidos los defectos y las discapacidades, y para los

individuos que están siendo sometidos a un diagnóstico y tratamiento médico. La enfermedad o la lesión no sólo afectan a una estructura específica, psicológica o fisiológica, sino también al funcionamiento humano integral. Las medidas adoptadas para cubrir las necesidades del cuidado cuando falta la salud tienen que ser componentes activos de los sistemas de autocuidado o de cuidados dependientes de la persona. <sup>40</sup>

**e. Necesidades de auto-cuidado terapéutico:** Están constituidas por el conjunto de medidas de cuidado necesarias en ciertos momentos o durante un cierto tiempo para cubrir todas las necesidades conocidas de auto-cuidado de una persona. Según las circunstancias, se utilizarán métodos adecuados para:

- Controlar factores identificados en las necesidades cuyos valores son reguladores del funcionamiento humano.
- Cubrir el elemento de actividad de la necesidad (mantenimiento, promoción, prevención y provisión). La necesidad terapéutica del autocuidado en cualquier momento: Describe los factores del paciente, tiene un alto grado de eficacia instrumental, derivado de la opción de las tecnologías y las técnicas específicas para utilizar, cambiar o de alguna manera controlar al paciente o los factores de su entorno. <sup>41</sup>

### **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.”<sup>37</sup>

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, y 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, 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.

En la norma técnica de la ESNPCT (2013), se establece que la organización de la atención integral e individualizada de la persona con tuberculosis y TB MDR, su familia y la comunidad es responsabilidad del profesional de Enfermería del Establecimiento de Salud. Dentro de los cuidados de enfermería se enfatiza la educación, control del tratamiento y seguimiento de la persona con tuberculosis sus

contactos, con la finalidad de contribuir en la disminución de la morbi-mortalidad por tuberculosis; siendo las acciones de enfermería las siguientes:

### **Entrevista de Enfermería.**

Consta de tres entrevistas que deben realizarse, al inicio, al cambio de fase y al término del tratamiento, cuyos objetivos consisten en educar al paciente con TBC y familia, sobre su enfermedad, formas de contagio, importancia del tratamiento y baciloscopia y cultivos de control mensual. Establecer canales de comunicación y responsabilidad compartida con la persona con tuberculosis y la familia, con el fin de garantizar la adherencia al tratamiento, el seguimiento de casos y estudio de contactos. Valorar factores de riesgo para Tuberculosis MDR con la finalidad de planificar intervenciones, identificar en el paciente conductas de riesgo, a fin de realizar un trabajo de consejería, y detectar precozmente reacciones adversas al tratamiento. Así mismo, considera que 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.<sup>42</sup>

- Acudir al domicilio del paciente con tuberculosis con la finalidad de educar a él y a su familia.
- La enfermera es la responsable de garantizar la correcta administración del tratamiento antituberculoso. La adherencia al tratamiento depende en gran parte de la relación establecida entre la persona con tuberculosis, el personal de enfermería y el establecimiento de salud.
- Uso del tarjetero: En todos los Establecimientos de Salud donde se atiendan como mínimo 24 personas con Tuberculosis por año, debe implementarse un



sistema de tarjetero con separadores para las tarjetas de administración de medicamentos.

- Administración de quimioprofilaxis: Consiste en la administración de Isoniacida a personas con riesgo de desarrollar la tuberculosis.

### **Autocuidado del paciente con tuberculosis.**

#### **Cuidados en el tratamiento farmacológico.**

- Tomar diariamente los medicamentos, especialmente en ayunas o antes de las comidas. En caso de intolerancia, acudir a su médico de cabecera.
- Evitar el consumo de tabaco, drogas y otros hábitos no saludables.

#### **Cuidados en la alimentación.**

- La dieta tiene que ser adecuada, completa, variada y equilibrada, insistiendo en abundantes líquidos y respetando como mínimo las cuatro comidas al día.
- Procurar asegurar una nutrición adecuada del paciente con la finalidad de lograr un incremento de peso significativo. Esta debe ser rica en proteínas de alto valor biológico. En pacientes crónicos con tendencia a retener CO<sub>2</sub>, deben recibir dieta baja en carbohidratos. Se debe medir el índice de masa corporal en forma periódica.

Hay que recordar que se debe dar suplemento de vitaminas (Piridoxina), para evitar los efectos adversos en todos aquellos casos necesarios (diabetes, pacientes con tuberculosis MDR en retratamiento, desnutridos, gestantes, alcohólicos, adultos mayores de más de 65 años).

### **Cuidados en la higiene corporal.**

- Aseo diario: baño y cuidado de piel y mucosas.
- Cuidado de la boca: cepillado de dientes y revisiones periódicas.
- Hidratación de la piel: abundantes líquidos y cremas hidratantes.
- La higiene en el domicilio consiste en ventilar la habitación diariamente y cambiar la ropa de cama sin sacudir.
- Ejercicio moderado con paseos diarios. Aunque ya no esté contagiado, procurará toser cubriéndose la boca con un pañuelo, lo mismo que si tuviera que expectorar.

### **¿Cómo lograr que los pacientes se adhieran al tratamiento?<sup>43</sup>**

Respetar al paciente en sus creencias, religión, sexo, condición social y estilo de vida. La adherencia del paciente al tratamiento de la Tuberculosis depende en gran medida de la óptima relación que se establezca entre el personal que lo administra, el paciente y su familia.

Desde la primera entrevista es fundamental lograr una relación de empatía con el paciente y entender aspectos emocionales y motivacionales para lograr su colaboración, darle confianza al paciente para que sus dudas, miedos y angustias sobre la enfermedad sean aclarados y disipados, saludar y llamar por su nombre al paciente le otorga seguridad y confianza con el personal de salud.

Es importante no hacer esperar al paciente cuando acuda a tomar sus medicamentos, involucrar a la familia para que lo apoye en el proceso de la enfermedad y no abandone el tratamiento. Buscarle apoyo alimenticio (despensas), en la medida de

lo posible a través de instituciones con programas sociales para aquellas personas con problemas de desnutrición y/o económicos.<sup>44</sup>

### **1.6.15. PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.**

#### **La familia y su participación en el cuidado al paciente con tuberculosis.**

##### **Participación.**

Según la Real Academia Española (RAE) la participación significa Intervención, junto con otros, en un suceso o actividad.<sup>45</sup> La participación es la intervención directa o indirecta de distintos actores en la definición de las metas de acción de una colectividad y de los medios para alcanzarlas.<sup>45</sup>

##### **La familia.**

La familia es un grupo de personas, definido por una relación de pareja suficientemente duradera como para asegurar la procreación y la crianza de los hijos (manutención física – biológica y emocional).<sup>(40). (44)</sup>

La familia es un organismo vivo complejo, con un transcurrir de diversidades, adversidades, semejanzas, diferencias, individualidades, singularidades y complementariedades, que lucha por su preservación y desarrollo en un espacio – tiempo y territorio dado, y al cual se siente perteneciente, interconectada y enraizada biológica, solidaria, amorosa, cultural, política y socialmente.<sup>12</sup>

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.<sup>4</sup>

Para efectos de nuestro trabajo 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 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.

La participación de la familia implica tener en cuenta la responsabilidad de proveer cuidados contemplados a continuación:

Según Dorothea Orem, los factores condicionantes básicos son aquellos que condicionan o alteran el valor de la demanda de auto - cuidado terapéutico o la actividad de auto - cuidado de un individuo en momentos concretos y bajo circunstancias específicas. Se han identificado diez factores, la edad, el sexo, estado de desarrollo, estado de salud, modelo de vida, factores del sistema sanitario, factores del sistema familiar, factores socio culturales, disponibilidad de recursos y factores externos del entorno.

Para el presente estudio tendremos en cuenta a dos, los cuales son:

**Factores del sistema de salud:** Son aquellas características que permiten al sistema, de acuerdo a la línea de vinculación, la mayor o menor accesibilidad a la atención en salud.

**Factores del sistema familiar:** Es la cantidad de interacción y apoyo que percibe el individuo de su núcleo familiar para conseguir un mayor estado de salud. <sup>44</sup>

**Los cuidados que brinda la familia al paciente con tuberculosis:**

- Participar en la recuperación del familiar enfermo, acompañándolo a recibir el tratamiento y motivándolo a que continúe con el tratamiento.
- Favorecer el cumplimiento con el tratamiento del familiar enfermo para que no lo abandone.
- Mantener las medidas higiénicas generales.
- La habitación donde duerme el paciente con tuberculosis deberá ser ventilada, iluminada, limpia.
- Fomentar adecuadas prácticas para eliminar el moco y la flema del enfermo.
- La familia debe favorecer que la alimentación sea muy nutritiva, balanceada, con presentación apetitosa y equilibrada para que el organismo del familiar enfermo con tuberculosis esté en óptimas condiciones para hacerle frente a la enfermedad; es decir, debe comer lo que quiera, pero manteniendo una dieta saludable, debido a que es importante que suba de peso.
- Fomentar la recreación.

- Promover estilos y hábitos de vida saludable.
- Brinda soporte psico – social; es decir, le ofrecen ayuda en su cuidado con la ventilación del hogar, eliminación de desechos, la iluminación, lo acompañan a recibir tratamiento, le brindan muestras de cariño y afecto, elogios, le brinda apoyo económico e información sobre la enfermedad.

#### **1.6.16. DEFINICIONES OPERATIVAS.**

- **Paciente con tuberculosis:** Es aquella persona a quien se le diagnostica tuberculosis, con confirmación bacteriológica (BK+) y radiológica (+) que asiste a los Establecimientos de Salud de la ciudad de Ayacucho.
- **Adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis:** Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es el nivel de cumplimiento del tratamiento; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia, y tomar la medicación a lo largo del tiempo<sup>9</sup>.
- **Participación de la familia de los pacientes tuberculosos:** Es la intervención de la familia en la toma de decisiones y responsabilidades en el cuidado del enfermo con tuberculosis, implica involucrarse personalmente brindando el soporte psico – social para el cumplimiento del tratamiento, controles, medidas de bioseguridad, promoviendo el autocuidado y la práctica de los hábitos y estilos de vida que se quieren modificar o mejorar.
- **Médico consultor:** Médico que brinda atención a pacientes referidos por los médicos tratantes del primer nivel de atención con entrenamiento en el manejo de tuberculosis sensible y resistente a medicamentos anti-TB, de las reacciones adversas a medicamentos y complicaciones.<sup>25</sup>

- **Sintomático Respiratorio (SR):** Persona que presenta tos y flema por 15 días o más.<sup>25</sup>
- **Tuberculosis latente:** Estado en el que se documenta infección por *M. tuberculosis* a través de la prueba de tuberculina o PPD, sin evidencia de enfermedad activa.<sup>25</sup>

## **1.7. HIPÓTESIS**

### **Hi:**

No existe relación entre el soporte familiar y el nivel de adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en los Establecimientos de Salud de la ciudad de Ayacucho 2017.

### **Ha:**

Existe relación entre el soporte familiar y el nivel de adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en los Establecimientos de Salud de la ciudad de Ayacucho 2017.

## **1.8. VARIABLES**

### **1.8.1. VARIABLE INDEPENDIENTE**

Soporte familiar.

### **1.8.2. VARIABLE DEPENDIENTE**

Adherencia al tratamiento.

### 1.9. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Valor final
<b>Variable independiente</b>  Soporte familiar	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, considerando a la familia como un organismo complejo, que brinda el soporte afectivo, social, valorativo e Informativo cumpliendo su función cuidadora, y al cual se siente perteneciente, interconectada y enraizada biológica, solidaria, amorosa, cultural, política y socialmente.	Es la intervención de la familia en la toma de decisiones y responsabilidades en el cuidado del miembro de la familia con tuberculosis, lo que implica involucrarse personalmente brindando el soporte psico – social para el cumplimiento del tratamiento, controles, cumplimiento de medidas de bioseguridad. Así como en los hábitos y estilos de vida que se quieren modificar o mejorar, todo ello dentro del contexto del cuidado de la salud familiar.	Brinda cuidados	Le ofrecen ayuda en su cuidado con la ventilación del hogar, eliminación de desechos, la iluminación, acompaña a recibir tratamiento.	Favorable
			Soporte afectivo	Muestras de cariño y afecto. Recibe elogios.	
			Económico	La familia le ayuda con los gastos de su alimentación. La familia le ayuda con los gastos de la enfermedad.	Medianamente favorable
			Informativo.	La familia le brinda información sobre la enfermedad.	Desfavorable



<b>Variable dependiente</b>  Adherencia al tratamiento de TBC	Es el grado de acatamiento o cumplimiento en relación con los medicamentos, la pauta posológica, el plazo prescrito, seguir y ejecutar cambios de estilos de vida; lo que quiere decir que el paciente está siguiendo el curso recomendado de tratamiento, tomando todos los medicamentos prescritos durante el tiempo que sea necesario.	Es el nivel de cumplimiento, de la persona a la cual se le diagnostica tuberculosis, con confirmación bacteriológica (bk+) y radiológica (+), en relación con los medicamentos, la pauta posológica, el plazo prescrito y ejecutar cambios de estilos de vida; tomando todos los medicamentos prescritos durante el tiempo que sea necesario, realizándose los exámenes y las pruebas de control.	Indicaciones medicas	Controles médicos Reacciones adversas al tratamiento. - Examen de esputo Régimen de tratamiento.	Adherencia bajo  Adherencia Medio  Adherencia Alto
			Estilo de vida (hábitos)	Cumplimiento del horario de medicamentos Medidas de bioseguridad. eliminación de desechos Separa sus utensilios.	
			Accesibilidad a la atención	acceso a la información Disponibilidad de recursos. Horario de atención.	
			Socioeconómico	Acceso geográfico Acceso económico Gravedad de síntomas y/o enfermedad adicional.	
			Enfermedad	Gravedad de síntomas y/o enfermedad adicional.	

## **CAPITULO II**

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

#### **2.1. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN.**

Es un estudio de enfoque cuantitativo, porque la información es presentada estadísticamente, usa la recolección de datos para probar la hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento y probar teorías.<sup>48</sup>

#### **2.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN.**

La presente investigación es aplicativo, porque tiene como objetivo crear nueva tecnología a partir de los conocimientos adquiridos de la investigación estratégica para determinar si estos pueden ser útilmente aplicados con o sin mayor refinamiento para los propósitos definidos; la información obtenida a través de este tipo de investigación debería ser también aplicable en cualquier lugar y, por lo tanto, ofrece oportunidades significativas para su difusión.<sup>48</sup>

### **2.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN.**

Descriptivo correlacional, porque identifica la prevalencia de la tuberculosis y describe la relación del soporte familiar a la adhesión al tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar en los Establecimientos de Salud de la ciudad de Ayacucho.

### **2.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.**

Transversal, porque recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único y su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dato. Prospectivo, se recolectarán datos ya ocurridos de soporte familiar y adherencia al tratamiento.

### **2.5. ÁREA DE ESTUDIO.**

La investigación se desarrolló en los Establecimientos de Salud de la ciudad de Ayacucho, que está ubicado en provincia de Huamanga del departamento Ayacucho a una altitud de 2746 m.s.n.m.:

- Distrito de San Juan Bautista.
- Distrito de Jesús Nazareno.
- Distrito de Ayacucho.
- Distrito de Carmen Alto.
- Distrito de Andrés Avelino Cáceres Dorregaray.

### **2.6. POBLACIÓN.**

Constituido por 33 pacientes con tuberculosis inscritos en la ESNPCT en los Establecimientos de Salud de la ciudad de Ayacucho, durante los meses de marzo a setiembre del año 2017.

### **2.6.1. CRITERIO DE INCLUSIÓN**

- Las personas con tuberculosis inscritas en el ESNPCT.
- Personas con tuberculosis inscritas mayores de 18 años de ambos sexos.
- Aceptar voluntariamente ser parte del estudio.
- Personas que estén recibiendo tratamiento durante un tiempo no menor de 1 mes.

### **2.6.2. CRITERIO DE EXCLUSIÓN**

- Personas con una enfermedad distinta a la tuberculosis.
- Personas con alteraciones mentales.

## **2.7. MUESTRA.**

### **2.7.1. TAMAÑO DE LA MUESTRA.**

Constituido por el 100% (33) de pacientes con tuberculosis pulmonar, los cuales 16 son del Hospital Regional de Ayacucho, 07 del distrito San Juan Bautista, 06 del distrito Ayacucho, 02 del distrito Jesús de Nazareno, 01 del distrito Carmen Alto y 01 del distrito Andrés Avelino Cáceres Dorregaray de los Establecimientos de Salud de la Ciudad de Ayacucho, durante los meses de marzo a setiembre del 2017.

### **2.8. TIPO DE MUESTREO.**

No probabilístico, previo consentimiento informado.

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

**Técnica:** Para la recolección de datos del presente trabajo de investigación se utilizó como técnica la encuesta.

**Instrumento:** Para el presente estudio se utilizó un cuestionario que consta de dos secciones:

**Sección I:** Cuestionario para medir el soporte familiar de los pacientes con tuberculosis pulmonar: Cuenta con 6 ítems los cuales tienen como alternativas de respuesta:

Siempre, casi siempre, casi nunca, nunca.

**Sección II:** Cuestionario para medir la adherencia del tratamiento, que consta de 14 ítems cuyas opciones de respuestas son:

Siempre, casi siempre, casi nunca, nunca.

**2.10. RECOLECCIÓN DE DATOS:** Cuenta con los siguientes procesos:

**ETAPA I:**

- Se solicitó una carta de presentación al decanato.
- Se solicitó autorización a la Dirección Regional de Salud de Ayacucho.

**ETAPA II:**

- Se gestionó para la autorización formal a los Establecimientos de Salud de la ciudad de Ayacucho.
- Se identificó a pacientes con TBC sensible.
- Se presentó a los pacientes seleccionados la hoja de consentimiento informado para solicitarles su participación y colaboración en la aplicación de la encuesta.

**ETAPA III:**

- Posterior a la construcción del instrumento se procedió a constatar su validez y se procedió a la revisión del instrumento por expertos en las áreas de

Metodología de la Investigación, estadística aplicada a la investigación, quienes certificaron que el instrumento reúne los requisitos de validez.

- A fin de calcular la confiabilidad del cuestionario, se procedió a aplicar la prueba piloto a diez (10) pacientes que se relacionan con la investigación: “Soporte familiar relacionado a la adhesión al tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar en los Establecimientos de Salud de la ciudad de Ayacucho 2017”.

#### **ETAPA IV:**

- Recolección de la información, control de calidad, almacenamiento y procesamiento de la información.

#### **2.11. ASPECTOS ÉTICOS.**

Para la investigación se tuvo en cuenta el consentimiento informado al paciente, a fin de contar con su autorización; asimismo se evitó tomar en cuenta los datos personales las que se mantuvo en absoluta confidencialidad.

Nos regimos a la Ley N° 29414 que son los derechos y deberes de las personas afectadas por tuberculosis y la Ley N° 26842: Ley General de Salud.

#### **2.12. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.**

Previamente se realizó el control de calidad de los resultados. Luego se construyó el libro de códigos y con ellos la matriz tripartita en el programa Spss versión 21 y Excel para elaborar cuadros simples y dobles, las que serán presentadas para su análisis y discusión.

**CAPÍTULO IV**  
**RESULTADOS**

#### 4.1. A NIVEL INFERENCIAL:

##### 4.1.1. Prueba de Normalidad.

**Tabla N° 1**

Prueba de Normalidad de soporte familiar y nivel de adhesión al tratamiento.

	Estadístico	gl	Sig.
Soporte familiar	,229	33	,000
Nivel de adhesión al tratamiento	,315	33	,000

En la **tabla N° 1**, se muestra en promedio p-valor = 0,000, el mismo que es menor a 0.05, lo cual nos permite concluir que los datos no se ajustan a una distribución normal (test de Kolmogorov Smirnov con un nivel de significancia al 5%). Por lo que, se utilizó el estadígrafo Tau- b de Kendall para determinar la correlación existente entre las variables en estudio.

#### 4.2. PRUEBA DE HIPÓTESIS:

##### 4.2.1. Para la hipótesis general.

###### a. Sistema de hipótesis.

###### **Ha:**

Existe relación entre el soporte familiar y el nivel de adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en los Establecimientos de Salud de la ciudad de Ayacucho 2017.

###### **Ho:**

No existe relación entre el soporte familiar y el nivel de adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en los Establecimientos de Salud de la ciudad de Ayacucho 2017.



**b. Contraste.**

**Tabla N° 2**

Relación entre Soporte Familiar y la Adhesión al tratamiento en pacientes con Tuberculosis Pulmonar en los Establecimientos de Salud de la ciudad de Ayacucho 2017.

SOPORTE FAMILIAR \ NIVEL DE ADHESIÓN AL TRATAMIENTO	Baja adhesión		Media adhesión		Alta adhesión		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	<b>DESFAVORABLE</b>	5	15,2	3	9,1	0	0,0	8
<b>MEDIANAMENTE FAVORABLE</b>	0	0,0	15	45,5	0	0,0	15	45,5
<b>FAVORABLE</b>	0	0,0	2	6,1	8	24,2	10	30,3
<b>TOTAL</b>	5	15,2	20	60,6	8	24,2	33	100,0

**Fuente:** Cuestionario aplicado a los pacientes con tuberculosis pulmonar en los Establecimientos de Salud de la ciudad de Ayacucho, entre los meses de marzo a setiembre del 2017. Elaboración propia.

En la **Tabla N° 02**, se observa la relación entre Soporte Familiar y la Adhesión al tratamiento en pacientes con Tuberculosis Pulmonar, en los Establecimientos de Salud de la ciudad de Ayacucho 2017, del 100% (33) de pacientes, el 45,5% (15) presentan un soporte familiar, medianamente favorable y una adhesión al tratamiento, medio; seguido del 30,3% (10) de pacientes cuyo soporte familiar es favorable, de ellos el 24,2% (8) presentan una adhesión al tratamiento alto y un 6,1% (2) una adhesión al tratamiento medio y el menor porcentaje de 24,2% (8) que corresponde a un soporte familiar desfavorable, de ellos el 15,2% (5) presentan un nivel de adhesión al tratamiento, bajo y el 9,1% (3) un nivel de adhesión medio. Respecto a la adhesión al tratamiento el 60,6% (20) de los pacientes tienen un nivel

de adhesión medio, de ellos el 45,5% (15) tienen un soporte familiar medianamente favorable, un 9,1% (3) un soporte familiar desfavorable y el 6,1% (2) con un soporte familiar favorable; 24,2% (8) presentan un nivel de adhesión alto al tratamiento y el total de ellos cuentan con un soporte familiar favorable; y un 15,2% (5) tienen un nivel de adhesión bajo y un soporte familiar desfavorable.

**Tabla N° 3**

Prueba de correlación entre Soporte familiar y Nivel de Adhesión al tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar.

Correlaciones				
		Soporte familiar		Nivel de adhesión al tratamiento
tau_b de Kendall	Soporte familiar	Coefficiente de correlación	1,000	,830**
		Sig. (bilateral)		,000
		N	33	33
	Nivel de adhesión al tratamiento	Coefficiente de correlación	,830**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	
		N	33	33

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

**Fuente:** Cuestionario aplicado a los pacientes con tuberculosis pulmonar en los Establecimientos de Salud de la ciudad de Ayacucho, entre los meses de marzo a setiembre del 2017. Elaboración propia.

El valor de coeficiente de correlación es de 0,830, lo cual nos indica que existe una correlación directa fuerte entre las variables soporte familiar y la adhesión al tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar. El nivel de significancia  $p=0,000$  que es menor a 0,05 nos indica, por lo tanto, que se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula.

Se concluye que el soporte familiar tiene efecto en la adhesión al tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar de los Establecimientos de Salud de la ciudad de Ayacucho.

### 4.3. A NIVEL DESCRIPTIVO

**Tabla N°4**

Soporte familiar en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en Establecimientos de Salud de la ciudad de Ayacucho 2017.

<b>SOPORTE FAMILIAR</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Desfavorable	8	24.2
Medianamente favorable	15	45.5
Favorable	10	30.3
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Cuestionario aplicado a los pacientes con tuberculosis pulmonar en los Establecimientos de Salud de la ciudad de Ayacucho, entre los meses de marzo a setiembre del 2017. Elaboración propia.

En la **Tabla N°4**, se observa el soporte familiar en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en Establecimientos de Salud de la ciudad de Ayacucho 2017; siendo un 45,5% (15) de pacientes que tienen un soporte familiar en el cumplimiento del tratamiento por tuberculosis y que contribuyen en forma medianamente favorable, seguido del 30,3% (10) de pacientes con soporte familiar favorable y un 24,2% (8) que les es desfavorable el soporte familiar.

**Tabla N° 5**

Nivel de adhesión al tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en Establecimientos de Salud de la ciudad de Ayacucho 2017.

<b>NIVEL DE ADHESION AL TRATAMIENTO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Adhesión Bajo	5	15.2
Adhesión Medio	20	60.6
Adhesión Alto	8	24.2
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Cuestionario aplicado a los pacientes con tuberculosis pulmonar en los Establecimientos de Salud de la ciudad de Ayacucho, entre los meses de marzo a setiembre del 2017. Elaboración propia.

En la **Tabla N° 5**, nos muestra el nivel de adhesión al tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en Establecimientos de Salud de la ciudad de Ayacucho 2017; presentando un 60,6% (20) de pacientes un nivel de adhesión medio, seguido del 24,2% (8) un nivel alto de adhesión y un 15,2% (5) de nivel de adhesión bajo.

## **CAPITULO V**

### **DISCUSIONES**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adherencia al tratamiento es crucial en la lucha contra la tuberculosis, si este no se cumple podría traer consecuencias, como recaídas más intensas, aumento del riesgo de dependencia, de efectos adversos, de toxicidad, accidentes y desarrollar resistencia medicamentosa.<sup>11</sup> El núcleo familiar es el ambiente más cercano en donde el paciente tuberculoso recibe apoyo, si en este espacio hay desintegración y marginación, el paciente se sentirá rechazado, inútil, culpable y no tendrá motivación para continuar un tratamiento. En la Conferencia de Alma Ata 1978 se retoma a la familia como ente de gran importancia en la atención de la salud, ya que constituye un componente estratégico que puede ser empleado por los profesionales de la salud en especial por Enfermería; por ello, en el Perú se viene implementando el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), que relaciona al individuo, familia y entorno social como un todo.<sup>12</sup> M. Misen, en la investigación realizada sobre el ambiente familiar y la adherencia al tratamiento, concluye que en la

mayoría de casos de recaída, los pacientes se curaron por el apoyo recibido por parte de un familiar, madre o esposa.<sup>4</sup>

La tuberculosis (TBC) continúa siendo un problema de salud pública a nivel mundial y nacional. Cada año 8 millones de personas contraen la enfermedad y 3 millones mueren en el mundo. La enfermedad está ampliamente distribuida por todos los países, aunque con diferentes prevalencias. La OMS declaró a la TBC como una “emergencia global” en 1993 y puso como objetivo su control (no su erradicación).

La Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESNPCT) es el órgano técnico normativo dependiente de la Dirección General de Salud de las Personas, responsable de establecer la doctrina, normas y procedimientos para el control de la tuberculosis en el Perú, garantizando la detección, diagnóstico, tratamiento gratuito y supervisión a todos los afectados, con criterios de eficiencia, eficacia y efectividad.<sup>9</sup> En el Perú, la ESNPCT cuenta con los medios técnicos de diagnóstico accesibles y esquemas de tratamiento de alta eficacia para afrontar con éxito el desafío de este grave problema de salud pública.<sup>14</sup>

De acuerdo a las consideraciones en la Tabla N° 2, se observa que el soporte familiar es medianamente favorable en un 45,5%, favorable 30,3% y desfavorable 24,2%. Respecto a la Adhesión al tratamiento el 60,6% de los pacientes presentan un nivel de adherencia Medio, de ellos el 45,5% tienen un soporte familiar medianamente favorable; 24,2% presentan un nivel de adherencia alto al tratamiento y el total de ellos cuentan con un soporte familiar alto; y un 15,2% tienen un nivel de adherencia

y un soporte familiar bajo respectivamente; con un Tau b de Kendall=0,830, que nos indica que existe una correlación directa fuerte y una significancia bilateral  $p=0,000$  permitiéndonos deducir que la relación es significativa, por tanto se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula.

Asimismo, los resultados a las que arribamos coinciden con los de Mesén, M. y Chamizo, H. (2008)<sup>20</sup>. En un estudio sobre “Determinantes del ambiente familiar y la adherencia al tratamiento de la tuberculosis. Estudio de un caso urbano, el cantón de Desamparados. Costa Rica”, muestran los siguientes resultados, de los 47 pacientes se encontró a 43 casos denominados como nuevos, 9 no se han adherido al tratamiento, porque en su mayoría son indigentes que por uno u otro motivo acudieron a los servicios de salud, pero no se pudo precisar su dirección o no era correcta. Entre las conclusiones, se evidencia la importancia del contexto familiar y el apoyo que este ofrece al paciente en el proceso de curación.

Por otro lado Quevedo, L. y Cols. (2015)<sup>21</sup>. En su trabajo de investigación: “Relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en centros de salud. Lima”, se arribó a los siguientes resultados: El 81,8% de los pacientes que recibieron nivel alto de soporte familiar y social presentaron cumplimiento del tratamiento, mientras el 36,4% que contó con un bajo nivel de soporte familiar y social presentaron cumplimiento del tratamiento. La diferencia encontrada resultó estadísticamente significativa ( $p=0,034$ ). El 59,6% de los pacientes cumplen con el tratamiento y el 40,4% no lo cumplen. Como conclusiones señalan que el soporte familiar y social es un eje importante en la recuperación del paciente, ya que se siente más confiado y



motivado para culminar con su tratamiento, recurrirse pronto y reinsertarse a la vida cotidiana. Estos resultados se asemejan a los obtenidos en el presente estudio.

De la misma forma, con la investigación desarrollada por Reyes, C. y Cols. (2014): “Relación entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes adultos con tuberculosis pulmonar. Lima”, donde se muestra como resultado que el apoyo familiar en la dimensión general fue malo en un 39.1%, regular 30.4% y bueno 30.4%; según dimensiones en el apoyo afectivo fue malo 37%, regular 32.6% y bueno 30.4%; en el apoyo emocional fue malo 41.3%, bueno 32.6% y regular 26.1%; y en el apoyo instrumental fue regular 41.3%, malo 39.1% y bueno 19.6%. La adherencia en general fue de 58.7% y no adherencia 41.3%; según la primera fase la adherencia fue en el 82.6% y no adherencia 17.4%; en la segunda fase la adherencia fue el 60.9% y no adherencia 39.1% (18). Conclusiones: Existe relación significativa entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en los pacientes adultos con tuberculosis pulmonar.<sup>22</sup>

Asimismo, nuestro estudio se sustenta en el trabajo desarrollado por Suárez, C. (2015): “Adherencia al tratamiento y su relación con la participación de la familia en pacientes con tuberculosis en un Centro de Salud - 2014. Lima”, cuyos resultados del estudio fueron: 23 (46%) de la población presenta un nivel medio de adherencia y 27 (54%) presenta un nivel medianamente favorable de participación de la familia. Las conclusiones a las que se llegaron fueron: El nivel de adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Max Arias Schreiber es “medio”, lo que indica que el paciente está cumpliendo con el tratamiento farmacológico, indicaciones médicas, exámenes y pruebas de control de forma

parcial; sin embargo, a esto se suma el hecho que la educación, la familia, nivel socioeconómico y las percepciones del paciente influyen en la adherencia al tratamiento, ya sea de forma positiva: Favoreciendo la adherencia, o negativa: Originando la falta de adherencia. El nivel de participación de la familia en el tratamiento de pacientes con tuberculosis es “medianamente favorable”, lo cual indica que cuentan con una parcial participación de la familia y que de esta manera podrán hacer frente a la necesidad de cuidado y afrontar la crisis de la enfermedad, esto podría mejorar si se incorpora a la familia como el agente de autocuidado.<sup>23</sup>

También se tiene a Cardoso, R. y Maza, R. (2007), quienes realizaron un estudio sobre “Apoyo familiar y adaptación de la persona adulta con tuberculosis frente al tratamiento - Hospital Eleazar Guzmán Barrón –Nuevo Chimbote 2007”, logrando los siguientes resultados: El 44% presenta un apoyo familiar alto; seguido de un apoyo familiar moderado 34% y sólo el 22% representan un apoyo familiar bajo. En cuanto al nivel de adaptación el 66% tiene un nivel adecuado de adaptación y sólo el 34% representan un nivel de adaptación inadecuado. Como conclusión determinaron que existe relación directa entre el Nivel de Adaptación y Apoyo Familiar de la persona adulta con tuberculosis frente al tratamiento.<sup>24</sup> Este estudio también coinciden con nuestros hallazgos.

Respecto al soporte familiar en la adherencia en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar (Ref. tabla 4), un 45,5% de pacientes tienen un soporte familiar medianamente favorable, seguido del 30,3% favorable y un 24,2% desfavorable. Estos resultados son contrastados con los estudios de Heredia, M. (2009) en su trabajo sobre “Influencia de determinantes en la adherencia al

tratamiento de tuberculosis, Yucatán. México”, donde concluye que el ambiente familiar es uno de los factores que determina el riesgo a no adherirse al tratamiento de pacientes con tuberculosis.”<sup>19</sup>.

Asimismo, Reyes, C. y Cols. (2014) en su trabajo de tesis: “Relación entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes adultos con tuberculosis pulmonar. Lima”, obtuvo como resultado que el apoyo familiar en la dimensión general fue malo 39.1%, regular 30.4% y bueno 30.4% en el cumplimiento del tratamiento por tuberculosis.<sup>22</sup>

De acuerdo al nivel de adherencia al tratamiento (Ref. la tabla 5), se tiene que el 60,6% de pacientes con tuberculosis pulmonar tienen un nivel de adherencia medio, seguido del 24,2% con un nivel alto de adherencia y un 15,2% con nivel de adherencia bajo. Estos resultados tienen similitud a los hallados por diversos autores, entre ellos Murcia, L. (2014) en su investigación: “Evaluación de la adherencia al tratamiento para Tuberculosis en el Departamento del Amazonas 2009-2012. Colombia”, quien reportó que el 90% ingresaron como casos nuevos; de los cuales el 83% ingresó por baciloscopia positiva. Al egreso un 83.5% fueron adherentes al tratamiento; y, el índice de adherencia en este grupo osciló entre 100% y 69.4%. Aquellos que presentaron índices inferiores al 80% de adherencia se consideraron como índice bajo de cumplimiento. Como conclusión señala que la evaluación del tratamiento y seguimiento hasta la curación de los pacientes que ingresan a una cohorte son aspectos que deben ser tenidos en cuenta dentro de un programa de control. El abandono como la irregularidad en el tratamiento son aspectos que deben ser vigilados con el fin de contribuir a minimizar la aparición

de la TB – MDR. El estudio aporta en la construcción de nuevas políticas públicas acordes a la población.<sup>49</sup>

De igual manera, Muñoz y Rubiano (2011) con su estudio titulado: “Adherencia al tratamiento antituberculoso: voces de los implicados. Colombia”, nos muestra como conclusiones, que la tuberculosis y la adhesión al tratamiento implican visualizar este problema de salud más allá de lo biológico e individual y como un complejo que implicaría de un cambio en la atención desde la perspectiva del modelo biomédico hegemónico. Esto pensando en otro que, por un lado, permitiera una actuación menos burocratizada del sistema sanitario y, por otro, la inclusión de la mirada y participación de los portadores, sus familias y comunidades como actores activos.”<sup>14</sup>.

## CONCLUSIONES

Después de tener algunos estudios científicos y de haber realizado la investigación podemos decir que la adhesión al tratamiento y el soporte familiar tienen una relación directa alta en la cual se llegó a estos datos que:

1. El 45,5% de pacientes el soporte familiar es medianamente favorable, el 30,3% favorable y en un 24,2% es desfavorable. Referido a la Adherencia al tratamiento, el 60,6% de los pacientes tienen un nivel de adherencia al tratamiento medio, 24,2% la adherencia al tratamiento es alto y un 15,2% la adherencia es bajo; la relación entre las variables es positiva alta y significativa ( $p=0,000 < 0,05$ ).
2. El soporte familiar en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis contribuye en un 45,5% medianamente favorable.
3. Un 60,6% de pacientes con tuberculosis muestran un nivel de adherencia al tratamiento medio.

## **RECOMENDACIONES**

1. A la Dirección Regional de Salud de Ayacucho y al Ministerio de Salud se recomienda el mejoramiento de los ambientes del programa en los Establecimientos de Salud de Primer Nivel de Atención para que sean acogedores y brindar una adecuada información, educación y comunicación a los pacientes con estos problemas de salud.
2. A la Micro Red de Salud y/o Dirección Regional de Salud de Ayacucho (DIRESA) se le recomienda la designación exclusiva de profesionales de salud capacitados en el manejo del programa en el tema de tuberculosis y soporte familiar.
3. A los encargados del programa, realizar seguimientos continuos para fortalecer el soporte familiar de los pacientes con tuberculosis pulmonar.
4. Se recomienda continuar con investigaciones referido a la familia de pacientes con tuberculosis pulmonar, con la finalidad de evitar el abandono al tratamiento y/o recaídas.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. **Arriola, P. Castillo. T, Quispe. G.** “Factores asociados a la asistencia del paciente al tratamiento antituberculoso en el Hospital De Puente Piedra y en Centro Materno Infantil Zapallal”. [ tesis para licenciatura] Lima- Perú. UNMSM. 2008.
2. **Ministerio de salud.** Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la tuberculosis. (Internet). (Fecha de acceso: 15/05/17) Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/>
3. **Baldeon, N.** Relación entre el Clima Social Familiar y Nivel de Autoestima de los pacientes con TBC. [Tesis para obtener el Título de Lic. En Enfermería UNMSM]. 2007. Lima-Perú.
4. **Mesén, M.** Determinantes del ambiente familiar y la adherencia al tratamiento de la tuberculosis. Estudio de un caso urbano, el cantón de Desamparados. [ tesis para licenciatura] Costa Rica. 2008.
5. **Red de Salud de Huamanga.** Boletín informativo. Ayacucho. 2016
6. **Tuberculosis,** la peste blanca. (internet).2016 (16 setiembre del 2016) Disponible en: <http://www.portaldehistoria.com/secciones/epidemias/tuberculosis.asp>.
7. **Organización Mundial de la Salud.** Página inicial de INFOMED. (internet) 2016 (Consultado 28 de octubre de 2016). Disponible en el sitio URL: [www.sld.cu](http://www.sld.cu)
8. **Cardoso A y Maza R.** Apoyo familiar y adaptación de la persona adulta con tuberculosis frente al tratamiento- Hospital Eleazar Guzmán Barron nuevo Chimbote. (Tesis para optar el título de Lic. En enfermería). Trujillo, Perú 2007.

9. **Organización Mundial de la Salud**, Global tuberculosis report [internet] 2015. (Consultado 28 de octubre de 2016). Disponible en:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/191102/1/9789241565059\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/191102/1/9789241565059_eng.pdf).  
2015.
10. **El comercio**. Cada año unos 3200 pacientes de tuberculosis abandonan su tratamiento en el país. Perú -2014.
11. **Dilla, T. Valladares. A, Lizan**. “Adherencia y persistencia terapéutica, consecuencias y estrategias de mejora”. (internet). Disponible en:  
<file:///C:/Users/Invitado.PROFESSIONAL/Downloads/Adherencia%20terape%C3%BAtica%20At%20Prim%202009.pdf>
12. **Enciclopedia Británica**. La familia: concepto, tipos y evolución. 2009.
13. **Ministerio de Salud**, construyendo la agenda de la tuberculosis en la región la libertad.2013. (Internet). Disponible en:  
[http://www.paho.org/per/index.php?option=com\\_content&task=blogcategory&id=996&Itemid=892](http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=996&Itemid=892).
14. **Muñoz. A, Rubiano. Y**. Adherencia al tratamiento antituberculoso: voces de los implicados. Colombia. 2011.
15. **Delgado. J**. “El cuidado cotidiano y la salud de la familia. 2001. Vol. 3. N°1.
16. **Zarate, Eduardo y col**. “Tuberculosis en Nuevos Escenarios: Establecimientos Penitenciarios” p. 2, 9. Lima, 2005.
17. **Bustamante. S**. Enfermería familiar. Perú. 2004.
18. **Martínez. Y y cols**. Factores familiares que favorecen el apego al tratamiento en casos de tuberculosis pulmonar. Pp 47-49. Universidad Nacional Autónoma de México. Rev. Atención familiar. Volumen 21, issue 2, april-june 2014.



19. **Heredia M.** “Influencia de determinantes en la adherencia al tratamiento de tuberculosis”, Yucatán, México 2009.
20. **Mesén M y Chamizo H.** Determinantes del ambiente familiar y la adherencia al tratamiento de la tuberculosis. Estudio de un caso urbano, el cantón de Desamparados. Costa Rica. (tesis para licenciatura). 2008.
21. **Quevedo L y cols.** “Relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en centros de salud. Rev. Enfermería Herediana. 2015; 8(1): 11-16. Lima. 2015.
22. **Reyes, C y cols.** “Relación entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes adultos con tuberculosis pulmonar”. Tesis licenciadas en Enfermería. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima. 2015.
23. **Suárez, C.** “Adherencia al tratamiento y su relación Con la participación de la familia en pacientes con tuberculosis en un centro de Salud. 2014”. Tesis para optar al Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. 2015.
24. **Cardoso R y Maza R.** “Apoyo familiar y adaptación de la persona adulta con tuberculosis frente al tratamiento - Hospital Eleazar Guzmán Barrón–Nuevo Chimbote 2007”. Tesis para optar el título de licenciada en Enfermería. Universidad Los Ángeles de Chimbote. Perú- 2007.
25. **Ministerio de Salud.** Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas afectadas por Tuberculosis. Lima. Perú 2013.
26. **SOTO CAMPOS, José Gregorio.** “Manual de diagnóstico y terapéutica en neumología”. 1ª. ed. Madrid. ERGON. 2005  
[Ttps://zacamilmedicina.files.wordpress.com/2008/07/manual-de-diagnostico-y-terapeutica-en-neumologia1.pdf](https://zacamilmedicina.files.wordpress.com/2008/07/manual-de-diagnostico-y-terapeutica-en-neumologia1.pdf).

27. **Encuesta epidemiológica.** Ampliación de la definición de caso de tuberculosis en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Marzo-2013.  
Epidemiológica <http://www.isciii.es/ISIII/es/contenidos/fd-ervicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilanciasalertas/modificación-protocolo-tbc.pdf>
28. **Organización Mundial de la Salud.** Informe mundial sobre la tuberculosis. 2013.
29. **Ministerio de Salud.** España. Plan para la prevención y control de la tuberculosis. 2007  
<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/pla nTuberculosis.pdf>
30. **Martí, J. y Rebollo, O.** “Participación y desarrollo urbano en un medio comunitario”. Iepala. 2007.
31. **Ministerio de Salud.** Tuberculosis en el Perú. Informe 2000. Lima. 2001  
[http://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion\\_2.asp?sub5=4](http://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=4)
32. **Bustamante S.** “Enfermería familiar: Principios de cuidado a partir del saber (in) común de las familias”. Departamento de Salud Familiar y Comunitaria. Universidad Nacional de Trujillo 2004. Pág. 15-87.
33. **Orueta, R.** “Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas”. 2005. Vol.20. N° 2.
34. **Salud Madrid.** “Adherencia terapéutica estrategias prácticas de mejora. Notas farmacoterapéutas”. 2006. vol. 13. N° 8.
35. **Rodríguez, E, Mondragón, C.** “Adherencia a la terapia farmacológica y sus factores determinantes en pacientes con tuberculosis de un centro de salud de Santiago de Cali”. 2014. Vol.43. N° 1.

36. **Ministerio de Salud.** “Manual de Capacitación para el Manejo de la Tuberculosis”. Lima. 2006
37. **Marriner, A.** “Modelos y teorías en enfermería”; 2da Edición. Editorial Elsevier, Madrid, España.2007.
38. **Universidad de Catambria.** “Bases históricas y teóricas de la enfermería”. (internet). Disponible en: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-historicas-y-teoricas-de-laenfermeria/materiales-de-clase-1/Enfermeria-Tema11%28III%29.pdf>.
39. **Vega. O y Gonzales. D.** “Teoría del déficit del autocuidado”. (internet). Disponible en: <file:///C:/Users/Invitado.PROFESSIONAL/Downloads/DialnetTeoriaDelDeficitDeAutocuidado-2534034.pdf>.
40. **Osorio. A, Álvarez. A.** “introducción a la salud familiar”. Modulo once. 2004. Vol. 1.
41. **Salinas. E.** “Adherencia terapéutica”. 2012. Vol. 11.
42. **Montaño. L.** “liderazgo, participación comunitaria y ciudadana”. 2005.
43. **Martin. A.** “acerca del concepto de adherencia terapéutica”. 2004. Vol. 40. N°4.
44. **OPS.** La familia y la salud. 2003.
45. **Dueñas. L, García. E.** Estudio de la cultura de participación, aproximación a la demarcación del concepto. 2012. Vol. 80.
46. **Aquino, V y Sanchez, S.** “factores asociados al conocimiento y actitud de los estudiantes de la UNSCH sobre la tuberculosis, tuberculosis multidrogoresistente (TB-MDR) y tuberculosis extremadamente

drogoresistente (TB-XDR). Ayacucho-2011. Tesis para optar título de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional De San Cristóbal de Huamanga. Ayacucho. Perú. 2011

- 47. Llactahuamán, H y Mitma, H.** “spot televisivo contra la tuberculosis y su impacto en adolescentes de la jurisdicción del centro de salud los licenciados, octubre Ayacucho-2012”. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. Ayacucho. Perú. 2012.
- 48. Mendoza, Y. y Palomino Y.** “Riesgo de tuberculosis pulmonar en contactos primarios relacionado con la oferta y demanda en el centro de salud San Juan Bautista”. Ayacucho 2014. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. Ayacucho. Perú. 2015
- 49. Murcia L.** “Evaluación de la adherencia al tratamiento para Tuberculosis en el Departamento del Amazonas 2009-2012”. Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de: Magister en Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia. 2014.

# ANEXOS



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado (a) participante:

Los responsables del presente trabajo “Soporte familiar relacionado con la adhesión al tratamiento de pacientes con tuberculosis, en los Establecimientos de Salud de la ciudad de Ayacucho. 2017”; cuyo objetivo es conocer si hay alguna relación en que el paciente deje o desee dejar el tratamiento que recibe por falta de apoyo o discriminación por parte de sus familiares durante toda la etapa de su estado de su salud, de esta manera nos permitirá al profesional de salud a trabajar conjuntamente con la persona afectada, familia y entorno.

En caso de que usted acepte, se le aplicará un cuestionario. Su nombre o datos personales no serán identificados en ningún informe ni otro documento.

Cabe mencionar que el presente proyecto de investigación no tiene fines de lucro tanto para el investigador y para los encuestados.

Yo, \_\_\_\_\_ después de haber sido informado de las características del estudio de “Soporte familiar relacionado con la adhesión al tratamiento de la tuberculosis, en los Establecimientos de Salud de la ciudad de Ayacucho. 2017”, acepto participar de forma voluntaria. Por su parte, los investigadores se comprometen a mantener la confidencialidad de la información recogida.

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del investigador

\_\_\_\_\_  
Firma de la participante

**CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTO DE TBC, DE SOPORTE  
FAMILIAR Y TRATAMIENTO**

El presente cuestionario tiene como objetivo determinar la relación del soporte familiar con el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis, cuidados en el hogar y medidas preventivas.

Les pedimos sinceridad en sus respuestas, ya que son totalmente confidenciales.  
Agradecemos anticipadamente su colaboración.

**DATOS GENERALES DEL INFORMANTE**

Marque Ud. con un aspa (X) la que considere correcta.

**1. Edad:**

18 a 20 ( )      21 a 30 ( )      31 a 40 ( )      41 a 50 ( )      51 a + ( )

**2. Sexo**      M ( )      F ( )

**3. Grado de instrucción**

Primaria completa	( )	Primaria incompleta	( )
Secundaria completa	( )	Secundaria incompleta	( )
Superior completa	( )	Superior incompleta	( )
Sin estudios	( )		

**3. ocupación:**

Empleado ( )	independiente ( )	desempleado ( )
Estudiante ( )	ama de casa ( )	Otros ( )

**4. Convivencia:**

Vive con familia ( )      Vive sólo ( )  
Vive con amigos ( )

**5. ¿Tu familia conoce sobre tu problema de salud?**

Si ( )      No ( ), es no ¿por qué?

.....

**SECCIÓN I: NIVEL DE PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.**

<b>ITEMS</b>	<b>SIEMPRE 3</b>	<b>CASI SIEMPRE 2</b>	<b>CASI NUNCA 1</b>	<b>NUNCA 0</b>
1. ¿Recibe muestras de afecto, cariño por parte de sus familiares?				
2. ¿Su familia le brinda información que a usted le interesa para el cuidado de su salud?				
3. ¿Recibe elogios de sus familiares por el cumplimiento de su tratamiento?				
4. ¿Le ofrecen ayuda su madre y/o familiares cuando dispone de tiempo para acompañarlo a recibir su tratamiento?				
5. ¿Su familia lo apoya en las medidas de prevención en la vivienda tales como mejorar la ventilación, la iluminación, el aislamiento, eliminación de desechos?				
6. Si dejó de trabajar: ¿recibe apoyo económico por parte de su familia para su alimentación, gastos por su enfermedad?				

**CATEGORÍAS INTERVALOS**

Categorías Intervalo de Familia

- Desfavorable                      0 a 12
- Medianamente favorable        13 a 19
- Favorable                            20 a más



## SECCIÓN II: NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

ÍTEMS	SIEMPRE 3	CASI SIEMPRE 2	CASI NUNCA 1	NUNCA 0
1. ¿Cuándo acude al centro de salud recibe recomendaciones claras y oportunas dadas por el personal de salud en cuanto a su tratamiento?				
2. ¿Se ha olvidado alguna vez tomar su medicamento?				
3. ¿Toma los medicamentos a la hora indicada?				
4. ¿Cuándo se siente mejor deja de tomar la medicación?				
5. ¿Si alguna vez el medicamento le cae mal deja de tomarlas?				
6. ¿Sabe usted cuando le toca sus análisis de esputo?				
7. ¿Cuándo acude al centro de salud recibe su tratamiento completo?				
8. ¿En la consulta médica se preocupan por la evolución de la enfermedad?				
9. ¿Le solicitan la muestra de esputo cuando acude al centro de salud?				
10. ¿Usted ha presentado alguna dificultad económica para poder acceder a los medicamentos para su tratamiento?				
11. ¿Usted ha presentado alguna dificultad para llegar al centro de salud para poder acceder a los medicamentos para su tratamiento?				
12. ¿Usted ha presentado algún problema de salud para poder acceder a los medicamentos para su tratamiento?				
13. ¿Separa sus intensillos (plato, cuchara, vasos) de las demás personas que conviven en su casa?				
14. ¿Asiste de forma continua a sus controles con el medico?				

### **CATEGORÍAS INTERVALOS**

Categorías Intervalo de Adherencia

- Adherencia Bajo 0 a 35
- Adherencia Medio 36 a 39
- Adherencia Alto 40 a más

### **CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS SEGÚN STANONE (reportado por Suárez, C, 2015)<sup>21</sup>**

1. Se calcula promedio (X):
2. Se calcula la desviación estándar: S
3. Se establecieron valores para a y b

$$a = X - (0.75) S$$

$$b = X + (0.75) S$$

### **CATEGORÍAS INTERVALOS**

- Adherencia Bajo : 0 hasta (a)  
Adherencia Medio : (a) hasta (b)  
Adherencia Alto : Mayor de (b).

### **CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE SOPORTE FAMILIAR SEGÚN STANONE (reportado por Suárez, C, 2015)<sup>21</sup>.**

1. Se calcula promedio (X):
2. Se calcula la desviación estándar: S
3. Se establecieron valores para a y b

$$a = X - (0.75) S$$

$$b = X + (0.75) S$$

### **CATEGORÍAS INTERVALOS**

- Desfavorable : 0 hasta (a)  
Medianamente favorable : (a) hasta (b)  
Favorable : Mayor de (b)

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

### SOPORTE FAMILIAR RELACIONADO A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA CIUDAD DE AYACUCHO 2017.

PROBLEMA	OBJETIVOS	MARCO TEÓRICO	HIPÓTESIS	VARIABLE E INDICADORES	METODOLOGÍA
<p><b>Problema general</b> ¿Existe relación entre el nivel de adhesión al tratamiento y el soporte familiar de pacientes con tuberculosis pulmonar en establecimientos de salud de la ciudad de Ayacucho 2017?</p> <p><b>Problemas específicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuál es el nivel de adhesión al tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en establecimientos de salud de la ciudad de Ayacucho 2017.</li> <li>• Qué características tendrá el soporte familiar en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en establecimientos de salud de la ciudad de Ayacucho 2017.</li> </ul>	<p><b>Objetivo General.</b> Determinar la relación entre el nivel de adherencia al tratamiento y el soporte familiar de pacientes con tuberculosis pulmonar en establecimientos de salud de la ciudad de Ayacucho 2017.</p> <p><b>Objetivos específicos.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar el nivel de adhesión al tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en establecimientos de salud de la ciudad de Ayacucho 2017.</li> <li>• Caracterizar el soporte familiar en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en establecimientos de salud de la ciudad de Ayacucho 2017.</li> </ul>	<p><b>Adhesión al tratamiento de pacientes con TBC:</b> es el nivel de cumplimiento en relación con la administración de los medicamentos, la pauta posológica, el plazo prescrito, el desarrollo de cambios de estilos de vida, realizándose los exámenes y las pruebas de control; asimismo, el cumplimiento de las medidas de control de la tuberculosis.</p> <p><b>Soporte familiar</b> de los pacientes tuberculosos, es la intervención de la familia en la toma de decisiones y responsabilidades en el cuidado del enfermo, brindando el soporte psico-social para el cumplimiento del tratamiento, controles, medidas de bioseguridad, promoviendo el autocuidado y la práctica de los hábitos y estilos de vida que se quieren modificar o mejorar.</p>	<p><b>Ho:</b> No existe relación entre el soporte familiar y el nivel de adhesión al tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en establecimientos de salud de la ciudad de Ayacucho 2017.</p> <p><b>Ha:</b> Existe relación entre el soporte familiar y el nivel de adhesión al tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en establecimientos de salud de la ciudad de Ayacucho 2017.</p>	<p><b>Variable independiente</b> Soporte familiar</p> <p><b>Variable dependiente</b> Adhesión al tratamiento de TBC</p>	<p><b>TIPO DE INVESTIGACIÓN:</b> Investigación, cuantitativa.</p> <p><b>NIVEL DE INVESTIGACIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Descriptivo correlacional.</li> </ul> <p><b>MUESTREO:</b> No probabilístico.</p> <p><b>POBLACION:</b> Pacientes de los establecimientos de salud del mes de abril a Setiembre del 2017.</p> <p><b>MUESTRA:</b> Población censal. Según criterios de inclusión y exclusión. Consentimiento informado.</p> <p><b>TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:</b> Encuestas</p> <p><b>INSTRUMENTO:</b> Ficha de encuesta Cuestionario sobre el soporte familiar y la adherencia al tratamiento.</p> <p><b>FUENTE:</b> Bibliográfica Investigadores</p>