



**UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**TESIS**

**“INFLUENCIA DEL APOYO FAMILIAR EN LA ADHERENCIA AL  
TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN  
CENTROS DE SALUD DE LA RED ILO- 2018.”**

**PRESENTADO POR**

**SÀNCHEZ SALGUERO KAROL MAYTÈ**

**ASESORA**

**Mgr. MAGALY VERA HERRERA**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE**

**LICENCIADA EN ENFERMERIA**

**MOQUEGUA – PERU**

**2019**

## INDICE

PAGINA DE JURADO.....	i
DEDICATORIA .....	ii
AGRADECIMIENTO .....	iii
INDICE .....	iv
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT .....	1
INTRODUCCÓN.....	2
CAPITULO I.....	5
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	5
1.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA .....	5
1.2 OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN.....	5
1.2.1 OBJETIVO GENERAL.....	5
1.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	5
1.3 CUADRO OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	6
1.4 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN .....	7
CAPITULO II.....	8
MARCO TEORICO .....	8
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN .....	8
2.2 BASE TEORICA.....	10
2.3 MARCO CONCEPTUAL:.....	25
CAPITULO III.....	27
MÉTODO.....	27
3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	27
3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	27
3.3 POBLACION Y MUESTRA.....	27
3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	28
3.5 TECNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS .....	32
CAPITULO IV .....	33
PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS .....	33
4.1 PRESENTACION DE RESULTADOS .....	33
4.2 CONTRASTACIÓN DE HIPOTESIS.....	42
4.3 DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	43
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	46

CONCLUSIONES .....	46
RECOMENDACIONES .....	47
BIBLIOGRAFÍA.....	48
ANEXOS.....	51

## INDICE DE TABLAS

<b>TABLA 01</b>	CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN SU CONDICIÓN. DE LOS CENTROS DE SALUD DE LA RED-ILO-2018.	<b>34</b>
<b>TABLA 02</b>	NIVEL DE ADHERENCIA SEGÚN DIMENSIONES AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN LOS C.S. DE LA RED-ILO-2018.	<b>36</b>
<b>TABLA 03</b>	APOYO FAMILIAR SEGÚN DIMENSIONES AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN LOS C.S. DE LA RED- ILO-2018.	<b>38</b>
<b>TABLA 04</b>	NIVEL DE INFLUENCIA DEL APOYO FAMILIAR EN LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN CENTROS DE SALUD DE LA RED-ILO-2018.	<b>40</b>

## **INDICE DE GRAFICOS**

<b>GRAFICO 01</b>	NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN LOS CENTROS DE SALUD DE LA RED ILO-2018.	<b>37</b>
<b>GRAFICO 02</b>	NIVEL DE INFLUENCIA DE APOYO FAMILIAR A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN CENTROS DE SALUD DE LA RED ILO-2018.	<b>39</b>
<b>GRAFICO 03</b>	NIVEL DE INFLUENCIA DE APOYO FAMILIAR EN ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN CENTROS DE SALUD DE LA RED ILO-2018.	<b>41</b>

## RESUMEN

La tuberculosis, enfermedad de trascendencia social que genera uno de los mayores problemas en salud pública, debido a diferentes causas: Déficit de información, hacinamiento, bajo saneamiento ambiental, falta de apoyo familiar, provocando abandono de tratamiento, agravando más la situación del paciente, generando drogoresistencia.

El objetivo de este estudio fue determinar la relación de la influencia familiar en la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis en centros de salud de la red Ilo-2018.

Es un estudio analítico, prospectivo de corte transversal, observacional. La población estuvo conformada por 60 pacientes del programa de control de tuberculosis de los C.S. de Alto Ilo, C.S. Jhon F. Kennedy, C.S. Miramar, P.S. Los Ángeles y C.S. Pampa Inalámbrica de la Red Ilo, para evaluar el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento, se aplicó una encuesta a través de un cuestionario validado.

Resultados: El nivel de influencia del apoyo familiar, es medianamente favorable 63,3%, seguido de un nivel favorable 30,0% y desfavorable 6,7%. En el nivel de adherencia al tratamiento, el mayor porcentaje es de se ubica con una adherencia baja 56,7%.

Se concluye que el nivel de apoyo familiar se asocia significativamente a la adherencia al tratamiento con valor  $P=0.045$ , en pacientes con tuberculosis de los centros de salud de la red Ilo.

**Palabras claves:** Apoyo familiar, Adherencia y tuberculosis.

## **ABSTRACT**

Tuberculosis, a disease of social transcendence that generates one of the biggest problems in public health, due to different causes: Information deficit, overcrowding, low environmental sanitation, lack of family support, causing abandonment of treatment, further aggravating the patient's situation, generating drug resistance.

The objective of this study was to determine the relationship of family influence on adherence to treatment in patients with tuberculosis in health centers of the Ilo-2018 network.

It is an analytical, prospective, cross-sectional, observational study. The population consisted of 60 patients of the tuberculosis control program of C.S. from Alto Ilo, C.S. Jhon F. Kennedy, C.S. Miramar, P.S. Los Angeles and C.S. Pampa Inalámbrica of the Ilo Network, to assess family support and adherence to treatment, a survey was applied through a validated questionnaire.

Results: The level of influence of family support is moderately favorable 63.3%, followed by a favorable level 30.0% and unfavorable 6.7%.

In the level of adherence to treatment, the highest percentage is of it is located with a low adherence of 56.7%.

It is concluded that the level of family support is significantly associated with adherence to treatment with a value of  $P= 0.045$ , in patients with tuberculosis from health centers in the Ilo network.

Keywords: Family support, Adherence and tuberculosis.

## INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa, uno de los más primordiales problemas en salud pública a nivel mundial, la mejor manera de prevenir y controlar es la forma eficaz detección oportuna de los pacientes que reciben tratamiento regular evitara al multidrogo resistencia al tratamiento, por lo que es indispensable el apoyo familiar en la consecución de la adherencia al tratamiento.

En el servicio de medicina familiar del instituto mexicano año 2014 se registró que 12% de los pacientes presentaba abandono al tratamiento, debido a la deficiencia de medios económicos 83% dando resultado nivel socioeconómico bajo, tanto para tipo de ocupación 31% laboraba en áreas de hacinamiento y sumamente riesgoso para contraer el contagio de tuberculosis y disfuncionalidad familiar en 75% con presencia de abandono al tratamiento de tuberculosis (1).

La tuberculosis, es una de las primeras causas de muerte por enfermedades infecciosas en adultos y ocasiona 1,9 millones de muertes cada año en el mundo, se registra con una frecuencia anual aproximada de 8 millones de casos nuevos. La Organización Mundial de la Salud ha determinado que, de no seguir con medidas de control adicionales, para el año 2020 el número de casos nuevos se elevara a 10 millones (2).

El Perú es el segundo país en américa del sur con la tasa más alta en la forma más sensible de tuberculosis, después de Brasil y los primeros con más casos de Tuberculosis Pulmonar multidrogo resistentes a pesar de bajar la tasa de mortalidad de 105.2 a 101.3 casos por cada 100 mil habitantes (3).

En el Centro de Salud de la ciudad de lima en los meses de julio a diciembre del año 2014 reportó, apoyo familiar con bueno 40.4%; La adherencia en general fue de 58.7% donde determino que existe relación en apoyo familiar y adherencia al tratamiento de tuberculosis (4).

Entendemos que por falta de apoyo familiar origina abandono de tratamiento así registro el hospital II de Cajamarca, de ESSALUD de 2015 al 2016, que



presentaron (84,6%) falta de apoyo familiar, falta de apoyo laboral (66,7%), falta de apoyo social (43,6%) (5).

Las actitudes de los familiares aportan en un mejoramiento al cuidado del paciente que reciben tratamiento de tuberculosis. En un Centro de Salud, de Lima en 2005, donde se considera la relación a los pacientes con diagnóstico de tuberculosis, los familiares que tienen un porcentaje mayoritario (56.25%) con una actitud de Aceptación seguido por ((93.75%) de actitud positiva relacionado con el apoyo brindado por la familia ante la enfermedad (6).

Dado el aporte considerable se llegó a identificar el grado de actitud favorable en el programa de tuberculosis de la Micro Red Asistencia de Salud Juliaca - 2015, con el 81.8% de participación de las familias, esto demuestran que las familias se convierten en soporte positivo al afrontamiento de la enfermedad (7).

A nivel regional y local no existen trabajos de investigación sobre las variables de estudio pero se observa en la práctica, la falta de identificación y apoyo familiar, al paciente con diagnóstico de tuberculosis lo que dificulta la adherencia total al tratamiento y al cuidado de su salud.

Es conveniente realización de la presente investigación, porque va a permitir determinar la influencia del apoyo familiar en adherencia al tratamiento el mismo que es importante para el control de la enfermedad infecciosa, pudiendo aplicar medidas de prevención y promoción.

La investigación posee relevancia científica puesto que aportara nuevos conocimientos sobre los influencia del apoyo familiar en la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis esto es una realidad no estudiada dado que este estudio nos facilita para iniciar estrategias de promoción, prevención y educación familiar involucrando más en el cuidado lo que permitirá una mejor recuperación en adherencia al tratamiento.

El valor predominante de esta investigación es el apoyo familiar en el tratamiento de tuberculosis puesto a ello depende el tipo de relaciones intrafamiliares que genera a lo largo del tratamiento esto nos ayudara a tener una mejor relación y entendimiento así como buena organización familiar ante

la enfermedad y el impacto en el cumplimiento regular en el tratamiento y control de la enfermedad.

El presente trabajo es original y novedoso debido a que no se ha realizado una investigación con las variables a estudiar. Es factible puesto que poseemos la población a la que se le aplicara el mencionado estudio y existe disponibilidad de tiempo, recursos, presupuestos y literatura especializada conocimiento metodológico y previsión de las consideraciones éticas.

Siendo el propósito principal determinar la influencia familiar en la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis en los centros de salud de la Red Ilo.

En el desarrollo de la investigación se presentó dificultades como lograr la autorización correspondiente para la Red Ilo para la recolección de los datos y el tiempo de espera prolongado para el desarrollo de la entrevista dado que los pacientes no presentan un horario fijo lo que incremento el tiempo prolongado para la recolección de datos

## **CAPITULO I**

### **EL PROBLEMA DE INVESTIGACION**

#### **1.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA:**

¿Cuál es la influencia del apoyo familiar en la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis en centros de salud Ilo-2018?

#### **1.2 OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN**

##### **1.2.1 OBJETIVO GENERAL:**

Determinar la relación de la influencia familiar en la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis en centros de salud de la red Ilo-2018.

##### **1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Identificar el nivel de apoyo familiar en pacientes con tuberculosis del Centro de salud de la red Ilo-2018.
- Evaluar el nivel de adherencia al tratamiento de tuberculosis en C S de la red Ilo-2018.

### 1.3 VARIABLES: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	SUB INDICADOR		VALOR ESPERADO	UNI. MEDIDA/CATEGORIA	ESCALA
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Variable dependiente	CONTROL MEDICO	Reacciones adversas el tratamien	ALTA	23-24 pts			ORDINAL
		Examèn de esputo.	MEDIANA	22-17 pts			
		Regimèn de tratamiento.	BAJA	16-0 pts			
	TRATAMIENTO	Cumplimiento del horario del medicamento. Medidas de bioseguridad.	ALTA	15-16 pts			
			MEDIANA	14-10 pts			
	ACCESIBILIDAD	Acceso al informaciòn.	ALTA	4 pts	Alta	51 -56 pts	
		Disponibilidad de recursos.	MEDIANA	3 pts	Mediana	44 - 50 pts	
		Horario de atenciòn.	BAJA	≤2 pts	Baja	0 - 43 pts	
	SOCIECONOMICA	Acceso geografico. Acceso economico.	ALTA	12-10 pts			
			MEDIANA	9-7 pts			
			BAJA	6-0 pts			
			ALTA	4 pts			
	ENFERMEDAD	Gravedad de sintomas.	MEDIANA	3 pts			
			BAJA	≤2 pts			
	APOYO FAMILIAR Variable independiente	BRINDAR CUIDADOS	Ventilaciòn del hogar.	ALTA	7-8 pts		
Eliminaciòn de desechos.			MEDIANA	6-5 pts			
La iluminaciòn.			BAJA	4-0 pts			
Acompaña a recibir tratamiento.							
SOPORTE AFECTIVO		Muestra de cariño y afecto	ALTA	7-8 pts			
		Recibe elogios.	MEDIANA	6-5 pts	DESFAVORABLE	0-16 pts	
			BAJA	4-0 pts	MEDIANAMENTE FAVORABLE	17-22 pts	
ECONOMICO		La familia ayuda con los gastos de su alimentaciòn.	ALTA	4 pts	FAVORABLE	23-24 pts	
		La familia le ayuda con los gastos de la enfermedad.	MEDIANA	3 pts			
			BAJA	≤2 pts			
INFORMATIVO		La familia le brinda informaciòn sobre la enfermedad.	ALTA	4 pts			
			MEDIANA	3 pts			
			BAJA	≤2 pts			

#### **1.4 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN**

Dado que el brindar cuidados, soporte afectivo, soporte económico e informativo; son estructuras adecuadas para permitir al paciente su regularidad en el tratamiento; es probable que exista una relación significativa entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento antituberculoso.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEORICO**

#### **2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

ARAUJO V., et al, realizó el trabajo de investigación titulado Factores Biosociales Asociados a la Adherencia a la Adherencia al Tratamiento por Tuberculosis Pulmonar en dos Establecimientos de Salud Iquitos-2017. Cuyo resultados fueron. Entre los hallazgos relevantes se encontró que existe asociación estadísticamente a la adherencia de tratamiento de tuberculosis pulmonar entre ellos la edad con 33.3%, de ellos tienen de 30 a 59 años de edad, sexo con un 33.3% presentan de sexo femenino, grado de introducción el 37% poseen grado de instrucción secundaria y 34.5% de los pacientes residen en zona urbana. No existe relación estadísticamente significativa con la adherencia al tratamiento de tuberculosis entre ellos estado civil con 23.5% son solteros, y económicamente con 25.9% de las personas afectadas presentan bajos ingresos (8).

Quispe C, en su trabajo de investigación Participación Familiar y Relaciones Intrafamiliares en pacientes con Tuberculosis Pulmonar del Programa TBC de la red asistencial ESSALUD Tacna – (2016) los resultados evidencian que el 37,5% de pacientes encuestados indican que siempre reciben apoyo económico por parte de su familia, los mismos que sostienen que la unión y apoyo en la familia es medianamente favorable, es decir, que sus familiares realizan aportes económicos que cubren los

gastos de; alimentación, transporte y gastos extras ocasionados por la enfermedad y el 12,5% expresan que nunca perciben apoyo económico por parte de su familia, los mismos que indican que la unión y apoyo en su familia es desfavorable (9).

Suárez C, realizó el trabajo de investigación Adherencia al tratamiento y su relación con la participación de la familia en pacientes con tuberculosis en un Centro De Salud(2014).El presente estudio fueron: (46%) nivel de adherencia medio y (54%) participación de la familia medianamente favorable y que el paciente es favorable en cuanto cumplimiento con el tratamiento farmacológico y evaluaciones médicas (10).

Ríos M, realizó el trabajo de investigación: Causas personales y familiares y el abandono del tratamiento antituberculoso en los pacientes del hospital distrital "Vista Alegre" distrito de Víctor Larco Herrera - Lima(2014).Determino que el 21% no reciben apoyo familiar, lo que resulta que un 7% de estos no asista al tomar el tratamiento farmacológico en la cual existe una relación significativa entre el abandono del tratamiento y clima social familiar. (11).

Mesén N, en "Determinantes del ambiente familiar y adherencia al tratamiento de tuberculosis. Estudio de caso urbano, cantón de Desamparados, Costa Rica 2005. Determino que de 43 casos nuevos, 9 no se adherieron al tratamiento. (12).

Heredia M, en Influencia y determinantes en adherencia a tratamiento de TBC, en Yucatán , México (2009). Los resultados fueron que el 35% de los participantes dejaron el tratamiento o no fue previamente supervisado , 41.9%son desempleados ,laboran en forma eventual y reciben ayuda pública pero sin dejar de cumplir con el tratamiento. El 22.6% tienen empleo o laboran independientemente recibiendo apoyo de los familiares y de la comunidad (13).

Cecilia N., et al, en Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en España (2013), Encontró entre los principales determinantes del abandono al tratamiento antituberculoso, el

desconocimiento de la importancia de adherencia al tratamiento (95.8%), seguido desconocimiento de la duración del tratamiento (75%) y de mejoría del estado de salud (82.7%) (14).

## **2.2 BASE TEORICA**

### **2.2.1 LA TUBERCULOSIS**

La TBC, o tuberculosis, es una enfermedad causada por una bacteria llamada *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch. Esta bacteria ataca cualquier parte del cuerpo, en especial a los pulmones para definir contacto requiere de un contacto estrecho con 4 a 6 horas diarias (15).

### **2.2.3 ETIOLOGÍA:**

Una serie de factores influyen en su desarrollo.

- Estilo de vida: hacinamiento, condiciones de habitabilidad inadecuadas, inadecuada dieta, drogodependencia parenteral.
- Patologías como VIH, Diabetes Mellitus, infección reciente en los dos años previos, enfermedades renales, terapia prolongada con corticoides, enfermedades hematológicas, terapias inmunosupresoras.
- Complejo tuberculoso incluye *mycobacterium tuberculosis* (16).

### **2.2.4 FISIOPATOLOGÍA:**

Cuando una persona respira el aire que contiene los microbios los introduce hasta el pulmón donde comienza la infección, los microbios aspirados al llegar al pulmón crecen libremente, algunos de ellos pasan a la circulación de la sangre diseminándose en todo el organismo.

Después de dos a diez semanas posteriores a la penetración del microbio en el organismo, se producen defensas específicas que detienen su desarrollo.

La enfermedad se desarrolla cuando el sistema de defensa del cuerpo es superado por las poblaciones de microbios que comienzan a crecer



activamente produciendo lesiones en los órganos afectados manifestándose con los síntomas específicos (17) .

### **2.2.5 SIGNOS Y SÍNTOMAS:**

Los síntomas más frecuentes de tuberculosis pulmonar son:

- Tos con flema por más de 15 días.
- Fiebre y sudoración por las noches
- Disminución de apetito
- bajo peso
- presencia de fatiga
- dificultad para respirar

### **2.2.6 TRANSMISIÓN:**

La tuberculosis se transmite a través de gotas de fluge al hablar, beber, cantar o estornudar estas microgotas menores a 5 um son inhaladas al tener contacto con el enfermo (18).

### **2.2.7 CRITERIOS DE CONFIRMACIÓN DE CASO**

Criterios como la fiebre, la tos, la disnea la pérdida de peso, la hemoptisis, expectoración por más de quince días y algunos hallazgos radiológicos llevan a realizar una confirmación (19)

### **2.2.8 TIPOS:**

a) **Tuberculosis sensible:** Es una enfermedad causada por *Mycobacterium tuberculosis* es asintomática en las personas saludables, originando que actué el sistema inmunitario contra la bacteria (20).

b) **Tuberculosis MDR:** Demuestra la resistencia de isoniazida y rifampicina, conocidos como los más potentes.

Son causantes de multidrogoresistencia por el incumplimiento del tratamiento de la tuberculosis y el contagio de persona a persona. La mayor parte de pacientes se recuperaron por un estricto trabajo de supervisión de 6 meses (21).

- c) **Tuberculosis XDR** : ocasionada de tener bacilos muy peligrosos que han incrementado, ocasionar dificultad para su curación. Siendo resistentes a los siguientes medicamentos fluoroquinolona (Ciprofloxacino, Moxifloxacino) y de segunda línea (capreomicina, kanamicina y amikacina).

### 2.2.9 CLASIFICACIÓN:

- a) **Tuberculosis pulmonar (TBP)**: caso positivo diagnosticado en el árbol traqueo bronquial o parénquima pulmonar. La TB miliar se incluye como TBP porque presenta lesiones en los pulmones (22).
- b) **tuberculosis extrapulmonar (TBE)**: cuyo resultado fuese positivo afectaría piel, ganglios linfáticos, abdomen, pleura, huesos, tracto genitourinario, etc (22).

### 2.2.10 DIAGNÓSTICO:

Para la separación del bacilo de Koch mediante la bacteriología es primordial el método de diagnósticos mediante procedimientos de rayos X y exámenes de laboratorio (PCR, ELISA), la reacción de la tuberculina, y la historia clínica confirman la presencia de *Mycobacterium tuberculosis*.

El obstáculo del diagnóstico para dar una razón eficaz a los problemas de la tuberculosis en particular tanto en relación al VIH y la Tuberculosis Multidrogoresistente (TB- MDR) (23).

#### a. **BACILOSCOPIA**

Se realiza la observación por microscopio la presencia o no de BAAR en las muestras tomadas. Actualmente se utiliza como la forma más rápida y económica para diagnosticar la TB, dado que su sensibilidad es de (40-70% en muestras respiratorias) no siempre son seguras, por lo tanto es necesario realizar siempre cultivos para un diagnóstico de certeza (23).

RESULTADO DE EXAMEN MICROSCOPICO	INFORME DE RESULTADOS DE BACILOSCOPIA
No se observan bacilos ácidos alcohol residentes (BAAR)EN 100CAMPOS OBSERVADOS	Negativo(-)
Se observa de 1 a 9 BAAR en 100) campos observados (paucaibacilar)	Número exacto de bacilos en 100 campos
Menos de 1 BAAR promedio por campo en 100 campos (10-99 bacilos en 100 campos)	Positivos(+)
de 1 a 10 BAAR promedio por campo en 50 campos	Positivos(++)
Más de 10 BAAR promedio por campo en 20 campos	positivos(+++)

#### **b. CULTIVO**

El cultivo en medio solido (Ogawa Kudho, lowesten Jensen) presenta una alta sensibilidad (10 a 100 bacilos en la muestra) por lo que se considera el patrón de oro para el diagnóstico y seguimiento de TB, además de permitir la identificación del *Mycobacterium* sp, permite realizar *in-vitro* las pruebas de susceptibilidad a drogas (23).

#### **c. RADIOGRAFIA DE TORAX**

Enfermedad traqueo bronquial manifestada como atelectasias o hiperinsuflación secundaria, causadas por compresión extrínseca de las vías respiratorias por los ganglios linfáticos hipertróficos (24).

### 2.2.11 TRATAMIENTO

El tratamiento de la Tuberculosis se basa en regímenes de terapia combinada (varios medicamentos) de corta duración, tener en cuenta que los medicamentos antituberculosos nos sirve como: capacidad esterilizante, bactericida, y prevenir la resistencia. Los pacientes predisponentes que favorecen a la tuberculosis y en otras veces ocasionando resistencia son: Diabetes Mellitus, VIH/SIDA y enfermedades renales. El Perú es el primer lugar a nivel internacional en manejo de la Tuberculosis de manera particular en la Multidrogosresistencia. Incorporando herramientas de diagnóstico para identificar Tuberculosis Multidrogosresistente (TB MDR) y la posibilidad de implementar acciones terapéuticas más eficaces. El tratamiento farmacológico de la Tuberculosis sensible a las drogas considera dos fases, ambas supervisadas:

- a) **PRIMERA FASE** de inducción o bactericida: de administración diaria, ayuda a disminuir el crecimiento y multiplicación rápida lográndo destruir el 90% de la bacteria en 10 días así, evitar la resistencia y fracaso del tratamiento.

El tratamiento dura 2 meses y es diario la ingesta de 3 medicamentos potentes que eliminan eficazmente los bacilos.

- b) **SEGUNDA FASE** de mantenimiento o esterilizante: su administración es interdiario. La bacteria deja de multiplica 1 vez por semana con baja intensidad. Con menos medicamentos, para la eliminación de bacilos y así evitar recaídas.

Para pacientes con con SIDA es de segunda fase de 6 meses (drogas combinadas) de mantenimiento o 8 meses (drogas separadas), es posible que se requieran más ciclos solo si el paciente presenta intolerancia o toxicidad a los medicamentos.

La mejor recuperación de los pacientes es utilizando una estricta observación directa en la toma de medicamentos.

Cuando se deja que los paciente tomen por si solos el medicamento, no cumplen con la ingesta por lo tanto incrementaría el riesgo de fracaso, abandono y muerte (25).

## 2.2.12 MEDICAMENTOS ANTITUBERCULOSOS

### ➤ MEDICAMENTOS DE PRIMERA LÍNEA

Estos fármacos se utilizan como la primera herramienta contra la TBC y de muy buena tolerancia (25).

Medicamentos	Primera fase diaria		Segunda fase tres veces por semana	
	dosis (mg/kg)	dosis maxima diaria	dosis (mg/kg)	dosis maxima diaria
Isoniacida (H)	5(4-6)	300 mg	10 (8-12)	900 mg
Rifampicina (R)	10(8-12)	600 mg	11 (8-12)	600 mg
Pirazinamida (Z)	25(20-30)	2000 mg		
Etambutol (E)	20(15-25)	1600 mg		

## 2.2.13 REACCIONES ADVERSAS (26).

MEDICAMENTOS DE PRIMERA LINEA	REACCIONES ADVERSAS
Isoniacida	Neuropatía periféricas
Rifampicina	Molestias gastrointestinales
Pirazinamida	Alteraciones de la piel, hepatitis
Etambutol	neuritis
Estreptomina	Es toxico a nivel vestibular – coclear
MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA	REACCIONES ADVERSAS
Cicloserina	Dolor de cabeza

	vértigo, ansiedad, ira, etc.
Etionamida	Alteraciones gástricas
Aminoglucosidos(Amikana,Kanamicina).capreomicina	Dolor localización en el lugar de aplicación
Acido p-amino salicílico	Posibles alteraciones gastrointestinales
Fluoroquinolonas	Se toleran bien.

#### 2.2.14 PREVENCIÓN:

Es evitar contraer la enfermedad de la tuberculosis en caso se llegue a propagarse la enfermedad se realizará prevención para no expandirla bacteria.

Medidas preventivas son :

- ✓ **Diagnóstico y Tratamiento:** La mejor forma para lograr que aumente es evitando la propagación de la infección en la comunidad mediante el control medico oportuno (27).
- ✓ **Vacuna de BCG:** Su aplicación de esta vacuna nos ayuda provocar respuesta inmune y evita la morbilidad tuberculosa nos ayuda a evitar las complicaciones de la tuberculosis como: tuberculosis miliar y Meningoencefalitis por TBC; favoreciendo la aplicación a los recién nacido (27).
- ✓ **Control de Contactos:** identifica a todas las personas que tienen contacto con personas infectada de tuberculosis.
  - **Contacto intradomiciliario:** persona que vive dentro de la vivienda, con la persona infectada de tuberculosis.

- **Contacto extradomiciliario:** Es la persona que comparte ambientes comunes (27).

#### **2.2.15 ROL DE ENFERMERIA EN EL CONTROL DE TBC**

- **Entrevista de enfermería:** Debe realizarse con calidez y calidad al paciente en entorno familiar, control, educación y seguimiento. Su objetivo es la educación al paciente y familia acerca de patología tratamiento, exámenes de control; para así contribuir al seguimiento de casos.
- **Realiza 03 entrevistas:** 01 inicio del tratamiento, 02 término del primer fase y 03 termino total de fármacos(28).
- **Visita domiciliaria:** A personarse a la vivienda del paciente y debe realizarse dentro de las primeras 48 horas, para realizar notificación de contactos (28).
- **Organización y administración del tratamiento:** La enfermera busca asegurar la ingesta de fármacos durante el día (28).
- **Referencia y contrarreferencia:** Esta se realizara al enviar a un establecimiento de menor complejidad a uno de mayor capacidad resolutive al paciente, el mismo que se sugiere para realizar apoyo al diagnóstico, previa coordinación con los establecimientos (28).

#### **2.2.16 ADHERENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS.**

Es la clave de manejo de cumplir y completar el tratamiento en pacientes que contraen la enfermedad.se refiere a la ingesta de medicamentos indicados por el medico durante un tiempo sugerido.

Incumplimiento es la negación o incapacidad del pacientes hacia paciente los medicamentos.

Una mal ingesta de medicamentos con irregularidad desarrollan la ausencia de control médico y DOT. Durante el incumplimiento del tratamiento provoca la farmacoresistencia adquirida agravando más la situación del paciente provocándole la muerte (29).

### **Aspectos Conceptuales de la Adherencia Terapéutica**

La presencia de adherencia terapéutica indicada por médicos tiene más relevancia a diferencia de conductas de riesgo y problemas de salud siendo importante que el paciente cumpla las instrucciones médicas.

El déficit cumplimiento del tratamiento médico, originan un resultado ineficaz al tratamiento de la Tuberculosis, dando incremento de tasa morbilidad y mortalidad, aumentando los costos de asistencia sanitaria. Originando pérdidas de aspecto personal, familiar y social.

Se encuentra diferentes términos como: adherencia, cumplimiento, alianza terapéutica, seguimiento, entre otros (30).

#### **2.2.17 Alternativas para mejorar la adherencia a la terapia**

- **Información efectiva**

El equipo de salud tanto médico como enfermera deben estar capacitados para indicar buenas indicaciones claras, suficientes y pertinentes para el nivel mental y socio-cultural de cada paciente. Es de suma importancia evitar el lenguaje técnico, pero si se presenta la situación deberá tener el tiempo necesario para informar al paciente sobre el significado general y términos.

La relación del médico a paciente es:

- Comprender el compromiso de la medicación
- Identificar el fármaco que debe ingerir
- Entender la duración del tratamiento

- **Comprender el esquema de dosificación por seguir**

El tratamiento debe ser lo más sencillo y con los mínimos efectos secundarios posibles. La evidencia demuestra que con una adecuada motivación, educación y apoyo, se pueden superar las dificultades de lograr una adecuada adherencia (31).

- **Comunicación asertiva**

Se sugiere por parte del profesional de salud y el paciente compartan temas relacionados a la enfermedad y al esquema terapéutico. El médico y paciente deberán ser capaces de



generar conceptos de esquema terapéutico de forma abierta y honesta, existiendo relación entre ellos (31).

- **Educación consistente**

La interacción en la educación del paciente debe darse de manera temprana entre el médico y este, mediante consejería y visitas.

**2.2.18 ESTRATEGIAS DE MEJORAMIENTO PARA ADHERENCIA TERAPEUTICA:**

DOTS o TAES (Tratamiento Acortado Directamente Observado) estrategia presentada a nivel internacional por OMS para vigilar la Tuberculosis y evitar ser expandido la enfermedad (32).

El DOTS se refiere al tratamiento de la tuberculosis debería tener una supervisión por el personal de salud capacitado en la inspección de ingesta de cada dosis. Es la forma más segura que se observa que el paciente toma y evita la resistencia al tratamiento, evitando que los participantes hagan forma de monoterapia (26).

Los cinco componentes de DOTS:

- Compromiso político para garantizar una financiación aumentada (33).
- Detectar casos a través de pruebas bacteriológicas (33).
- Brindar tratamiento bajo supervisión (33).
- Evaluación y Vigilancia, medición del impacto Informe del control mundial de la TBC, perfiles y datos de los países.

**Cuidados en la alimentación**

Garantizar nutrición adecuada con el objetivo de lograr un aumento de peso muy significativo.

No olvidar de brindar el suplemento de piridoxina con el fin de disminuir los efectos adversos.

## **Cuidados en la higiene corporal**

- ✓ higiene diario.
- ✓ Cuidar la higiene bucal y evaluaciones anuales .
- ✓ Hidratar la piel: abundante líquidos y cremas hidratantes.
- ✓ cubrirse la boca al toser, estornudos y conversar.
- ✓ No expectorar en el sueño.
- ✓ Eliminar el esputo en papel o bolsa (34).

### **2.2.20 PARTICIPACIÓN FAMILIAR Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.**

**La participación de la familia al cuidado del paciente con tuberculosis**

#### **DEFINICIONES DE FAMILIA**

Es la determinación de miembros del hogar cuyo parentesco son unidos por lapsos de sangre, adopción y matrimonio. El rango de parentesco dependerá del uso de información utilizado para determinar los límites de la familia (35).

La familia se caracteriza por ser la unidad básica de la organización social para transmitir mejores intervenciones preventivas, de promoción y terapéuticas (36).

La familia, un complejo organismo viviente que en su recorrido atraviesa semejanzas, diferencias, diversidades, y diferencias, que día a día busca la forma de sobrevivir y desarrollarse. (37).

En base a lo anterior en los pacientes con tuberculosis la familia es la pieza básica fundamental en la toma de decisiones y responsabilidad en el cuidado del familiar que padece de tuberculosis dando así soporte psico -afectivo hacia el mejoramiento en cumplimiento del tratamiento de tuberculosis.

### **2.2.21 CUIDADOS DE LA FAMILIA AL PACIENTE.**

- Aumentar la participación del paciente en la pronta rehabilitación, acompañando a recibir el tratamiento y motivando a seguir el tratamiento.
- Fomentar con cumplimiento del tratamiento para evitar que lo abandone.
- Brindar medidas de ventilación, iluminada, limpia sus viviendas donde habita el paciente.
- Fomentar la forma adecuada de eliminación del moco y flema del enfermo.
- La familia debe mantener una alimentación nutritiva y equilibrada para que el organismo de la familia y paciente tenga la fuerza de enfrentar la tuberculosis para luego subir de peso de forma saludable.
- Realizar recreación.
- Determinar estilos de vida saludable.
- Brindar cariño y afecto, apoyo económico e información preventiva sobre la enfermedad (9).

#### **2.2.22 LA FAMILIA DEL PACIENTE:**

El ministerio de salud indico que las familias deben de brindar afecto y apoyo a pacientes con tuberculosis, especialmente si el familiar es de carácter muy fuerte deberá elevar el tono de voz o decidirá guardar silencio, puesto que ayuda a la pronta recuperación psicológicamente. Deberán tener en cuenta que seguir el tratamiento continuo ayuda a sanarse. De esta manera se evita el contagio”, enfatizó el MINSA, el apoyo familiar y la buena información ayudan a tomar medidas de prevención sin discriminar al paciente” (38).

#### **2.2.23 FUNCIONES DE LA FAMILIA.**

La familia como ente base de la sociedad debe ser e sistema que proporcione las facilidades en el correcto llevar de la vida de sus integrantes, trasmitiendo aprendizajes, cultura, normas y fundamentalmente disciplina en el ámbito sociocultural.

La familia propicia la supervivencia de la especie como nación, mantiene el equilibrio emocional de sus integrantes así como la búsqueda del bienestar a través de sus funciones.

- ✓ Función reproductiva.
- ✓ Función de resguardo emocional y recreación.
- ✓ Función de protección.
- ✓ Función de administración económica de servicios y bienes.
- ✓ Función socio educativa.

#### **2.2.24 BRINDAR CUIDADO**

Cuidar es una actividad humana en relación y un proceso que va más allá de la enfermedad (39).

La persona cuidadora ocupa gran parte de las tareas relacionadas al cuidado donde se presenten situación de dependencia, y poder facilitar ayuda a sus necesidades de salud, materiales y emocionales. Las familias son las que asumen mayor responsabilidad tanto en (parejas, hijas, madres) (40).

#### **2.2.24 EL APOYO AFECTIVO**

Es primordial pues permite que el paciente presente episodios de negatividad y autoestima baja. La TBC va de la mano con la presencia de debilidad general, en la realización de actividades cotidianas, el mismo que se unen diversos rangos de incapacidad presentados por los pacientes, y el estereotipo social que impacta fuertemente en el paciente con TBC. (41).

#### **2.2.25 ECONÓMICO**

Según autor (Becker G,) “pequeña fábrica” es la unidad del tiempo que un subsistema económico, que influye como receptor y a su vez emisor. (42).

Los fines económicos de la familia son:

- Dar a toda la familia seguridad económica.

- Mejorar con implementos de necesidad básica a todos sus miembros.
- Permitir crear cultura en cuanto al manejo de ahorro y capital para su crecimiento económico..
- Educar a cada persona en su autonomía económica (42).

### **2.2.26 INFORMATIVO**

Es la intercomunicación del equipo de salud en uno de los miembros de la familia con la intención de asumir con responsabilidad el cuidado y autocuidado con uno o más integrantes de la familia. Las principales etapas: explicación de la situación encontrada, análisis de factores causales, búsqueda de solución de mutuo acuerdo, registro de acuerdos y seguimiento (43).

### **2.2.26 AUTOCUIDADO**

#### **Teoría del autocuidado de Dorotea Orem**

Define al sujeto en función de las necesidades de cuidados que lo ayudan a vivir pleno por más tiempo. Define a la enfermería como un arte, el mismo que en su actuar busca brindar mecanismos para que el sujeto mantenga sus cuidados y se recupere de su afección, practique la tolerancia, veracidad y confidencialidad.

El inicio del trabajo teórico de Orem nos habla de tres teorías :

- a) **La Teoría del Autocuidado:** Es una actividad de lo aprendido con un solo objetivo de enfocar su propio bienestar en beneficio a su vida (44).
- b) **La Teoría de déficit de autocuidado:** es la limitación de acción que tiene el paciente en cubrir su cuidado optando por métodos de ayuda y comprensión (45).
- c) **La Teoría de los Sistemas de Enfermería:** algunas necesidades de autocuidado dado por la enfermera, es de limitación o incapacidad.
  - ✓ Autocuidado del paciente con TBC

- ✓ Tomar sus medicamentos diariamente sin faltar tomar antes de las comidas o en ayunas.
- ✓ Evitar hábitos no saludables.

### **2.3 MARCO CONCEPTUAL:**

- **APOYO FAMILIAR:**  
Es la participación de la familia durante el tiempo que dure la enfermedad brindando así soporte afectivo.
- **ADHERENCIA A TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS:** nivel de cumplimiento de administración de los diversos fármacos; asimismo, medidas de control de la tuberculosis
- **PACIENTE CON TUBERCULOSIS**  
Es toda aquella persona diagnosticada con TBC con la confirmación bacteriológica de (BK+ “POSITIVO”) y radiológica (+ “POSITIVO”) que asiste al centro de salud.
- **CONTROL MEDICO**  
Es la evaluación de examen médico mensual que se realiza al paciente con tuberculosis.
- **TRATAMIENTO**  
Es el cumplimiento de la administración de medicamentos.
- **ACCESIBILIDAD**  
Es la facilidad de acceder a la atención de recibir tratamiento sin problema alguno.
- **SOCIECONOMICA**  
Es el nivel de situación social y económica que presenta el paciente con tuberculosis
- **ENFERMEDAD:**  
Es la alteración o desviación del estado fisiológico manifestado por signos y síntomas.
- **BRINDAR CUIDADOS**  
Es proveer ayuda para el restablecimiento de la salud e incrementar el bienestar del paciente con tuberculosis por parte de la familia.
- **SOPORTE EFECTIVO:** Permite dar muestra de cariño y afecto al paciente que recibe tratamiento
- **ECONOMICO:** Es el nivel de ingreso del paciente y el apoyo económico por parte de familia para la satisfacción de las necesidades básicas del paciente.

- INFORMATIVO: Es el aporte de información requerida acerca de la enfermedad de tuberculosis al paciente.



## **CAPITULO III**

### **MÉTODO**

#### **3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

El presente trabajo de investigación es de corte transversal, porque la recolección la información se realizó en un solo momento prospectivo por que la recolección de datos se inicia a partir del inicio del estudio observacional y analítico.

#### **3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

Diseño aseguenciado de asociación.

#### **3.3 POBLACION Y MUESTRA**

**POBLACIÓN:** Para presente investigación la población está conformada por pacientes con diagnóstico de tuberculosis en tratamiento y se realizó en los Centros Salud de la Red Ilo, de la provincia de Ilo, con un total de 60 pacientes.

#### **MUESTRA:**

No se ha considerado muestra, dado el tamaño de la población, la cual es limitada. Y se ha determinado trabajar con el 100% de la población que acuden al establecimientos de salud de la red Ilo, que cumplan con criterios de elegibilidad.

	Casos Nuevos	Recaidas	Fracasos
C.S. Alto Ilo	5	0	0
C.S. Jhon F.kennedy	6	0	0
C.S. Miramar	5	0	0
P.S. Los Angeles	8	0	0
c.S.Pampa Inalambrica	36	0	0
Total	60		

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✓ Pacientes con diagnóstico de TBC inscritos ESNPCT  $\geq$  18 años de ambos sexos.
- ✓ Pacientes que se encuentren en periodo de administración de tratamiento por no menos de 5 meses.
- ✓ Pacientes con autorización de “consentimiento informado”.

### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ✓ Pacientes con alteraciones mentales.
- ✓ Pacientes que no desean participar.
- ✓ Paciente con reingreso o recaída.

## 3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### V. I Apoyo familiar

#### Técnica:

Se utilizó como técnica la encuesta

#### Instrumento:

Se aplicó la guía de entrevista de influencia apoyo familiar, quien presenta las siguientes características:

**Autores** : Catherine Yesela Suárez Ponce.

**Título de Inv.** : Adherencia al tratamiento y su relación con la participación de la familia en pacientes con tuberculosis en un Centro de Salud. 2014.”

**Lugar y año** : Lima.2015.

**Confiabilidad** : Prueba de confiabilidad es alfa de crombach a través de una prueba piloto de 0,715.

**Validez** : Los puntajes obtenidos en la Prueba Binomial los valores establecidos para  $p > 0.05$ .

APOYO FAMILIAR	GENERAL	DIMENSIONES			
		BRINDAR CUIDADOS	SOPORTE AFECTIVO	ECONOMICO	INFORMATIVO
DESFAVORABLE	( 0-16 pts)	4	4	4	4
MEDIANAMENTE FAVORABLE	(17 - 22 pts)	3	3	3	3
FAVORABLE	(23- más pts.)	0 – 1	0 – 1	0 – 1	0 – 1

APOYO FAMILIAR ITEMS	DIMENSIONES			
	BRINDAR CUIDADOS	SOPORTE EFECTIVO	ECONOMICO	INFORMATIVO
	4, 5	1, 3	6	2

## V. D Adherencia al Tratamiento

### Técnica:

Se utilizó como técnica la encuesta

### Instrumento:

Se aplicó la guía de entrevista de adherencia al tratamiento, quien presenta las siguientes características:

### ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

**Autor** : Catherine Yesela Suárez Ponce.

**Título de Inv.** : Adherencia al tratamiento y su relación con la participación de la familia en pacientes con tuberculosis en un Centro de Salud. 2014.

**Lugar y año** : Lima.2015.

**Confiabilidad** : Prueba de confiabilidad es alfa de KUDER - RICHARDSON a través de una prueba piloto de 0,715.

**Validez** : Los puntajes obtenidos en la KUDER -RICHARDSON los valores establecidos para  $p > 0.6$ .

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	GENERAL	DIMENSIONES				ENFERMEDAD
		CONTROL MEDICO	TRATAMIENTO	ACCESIBILIDAD	SOCIOECONOMICA	
ALTA	( 51 - 56 pts)	4	4	4	4	4
MEDIANA	(44 - 50 pts)	3	3	3	3	3
BAJA	(0 - 43 pts.)	0 – 1	0 – 1	0 – 1	0 – 1	0-1

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO O ÍTEMS	DIMENSIONES				
	CONTROL MEDICO	TRATAMIENTO	ACCESIBILIDAD	SOCIECONOMICA	ENFERMEDAD
	1,8,14,6,7,9	2,3,4,5,13	11	10	12

## ESTRATEGIAS Y PROCEDIMIENTOS PARA RECOLECCION DE DATOS

En el presente estudio de investigación se utilizó la aplicación del cuestionario en donde los ítems serán valorados:

Se realizó la coordinación, con la Red de Salud de Ilo junto con carta de presentación de la UJCM ,para la autorización de la recolección de datos.

Se realizó las coordinaciones correspondientes con los directores de cada establecimiento y jefatura de enfermería, para la aplicación del instrumento.

Luego se llevó a cabo la coordinación de las fechas para la aplicación del instrumento los días del mes de abril. El horario programado fue de lunes a viernes en turno mañana y tarde de 8:00 a.m. a 13:00 pm y 15:00 p.m. -19:00 p.m. El lugar donde se efectuará la entrevista será en la estrategia de tuberculosis.

En la sala de espera se realizó la presentación con cada pacientes que acude a recibir tratamiento de tuberculosis sobre el propósito del estudio de investigación.

Se informa sobre el consentimiento informado a los pacientes de tuberculosis (Anexo 01).

Se aplicó la entrevista a cada paciente de ESNPCT usando el cuestionario sobre influencia apoyo familiar y adherencia al tratamiento 20 preguntas (Anexo 02).

Se procede a finalizar la entrevista realizando el saludo de despedida y agradecimiento por la colaboración.

Se realizó la elaboración de la tabla de códigos, asignándole un código a cada pregunta (Anexo 03).

### **3.5 TECNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS**

En el presente estudio es de tipo cuantitativo y se realizó análisis estadísticos acerca estadística inferencial para comprobar la relación entre la variable influencia apoyo familiar y la variable adherencia al tratamiento se trabajó en el software estadístico informático SPSS en su versión 22 para el procesamiento de la base de datos, también recurriremos al software Microsoft Excel perteneciente al paquete ofimático Microsoft Office a través de sus hojas de cálculo y la elaboración de tablas de distribución de frecuencias para la presentación de resultados. Se utilizó para contrastación de hipótesis una estadística inferencial con un nivel de significancia del 5% y el estadístico de prueba para asociar fue  $\chi^2$  de independencia.

## **CAPITULO IV**

### **PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS**

#### **4.1 PRESENTACION DE RESULTADOS**

El análisis de los resultados, el mismo que se realizó basándose en los objetivos e hipótesis expuestos. La población estuvo conformada por 60 pacientes a los cuales se les administra tratamiento de TBC. Se presenta a continuación en las tablas estadísticas ordenadas de la siguiente manera.

**TABLA 1**

**DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN  
CONDICIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD DE  
LA RED-ILO-2018**

<b>CONDICIÓN</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Edad</b>		
< 17 a.	11	18,33
18-29 a.	32	53,33
30-39 a.	9	15,00
40-59 a.	5	8,33
> 60 a.	3	5,00
<b>Sexo</b>		
Masculino	34	56,70
Femenino	26	43,30
<b>Estado civil</b>		
Soltero	49	81,70
Casado	4	6,70
Conviviente	7	11,70
<b>Grado de instrucción</b>		
sin instrucción	1	1,70
Primaria	3	5,00
Secundaria	32	53,30
Superior	24	40,00
<b>Ocupación</b>		
Estudiante	27	45,00
Dependiente permanente	4	6,70
Dependiente eventual	7	11,70
Independiente Permanente	2	3,30
Independiente Eventual	3	5,00
Ama de casa	7	11,70
No trabaja	10	16,70
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100.00</b>



En la tabla 1 presenta las características de la población de estudio según su condición así podemos indicar que 60 pacientes que reciben tratamiento de tuberculosis atendidos en centros de salud de la red Ilo, se tiene que:

En relación al grupo etario de los 60 pacientes se observa que más de la mitad se encuentra con intervalo de 18 a 29 años (53,3%) seguido el grupo menores de 17 años con un (18,3%)y con mínimo porcentaje de grupo etareo es mayor de 60 años con (5,0%)

En lo que respecta en sexo de los participantes que acuden a recibir tratamiento de tuberculosis con mayor porcentaje se encuentra el del sexo masculino con (56,7%) y el (43,3%) del sexo femenino.

Por condición en estado civil que cerca de cuatros quintas partes son solteros (81,7%), seguido del estado civil conviviente (11,7%)y casado (6,7%).

Al revisar las características de grado de instrucción más de la mitad predominan estudios secundarios (53,3%) nivel estudios superior (40,0%), con una tercera parte predominan estudios primarios (5,0%) y sin instrucción con una mínima parte (1,7%).

En los pacientes que reciben tratamiento según su ocupación con mayor índice son estudiantes (45,0%) ,seguido por pacientes que no trabajan (16,7%),con igual porcentaje dependiente eventual y ama de casa con (11,7%)y con un mínimo indicador con dependiente permanente (6,7%), independiente eventual (5,0%) e independiente permanente (3,3%).

**TABLA 2**

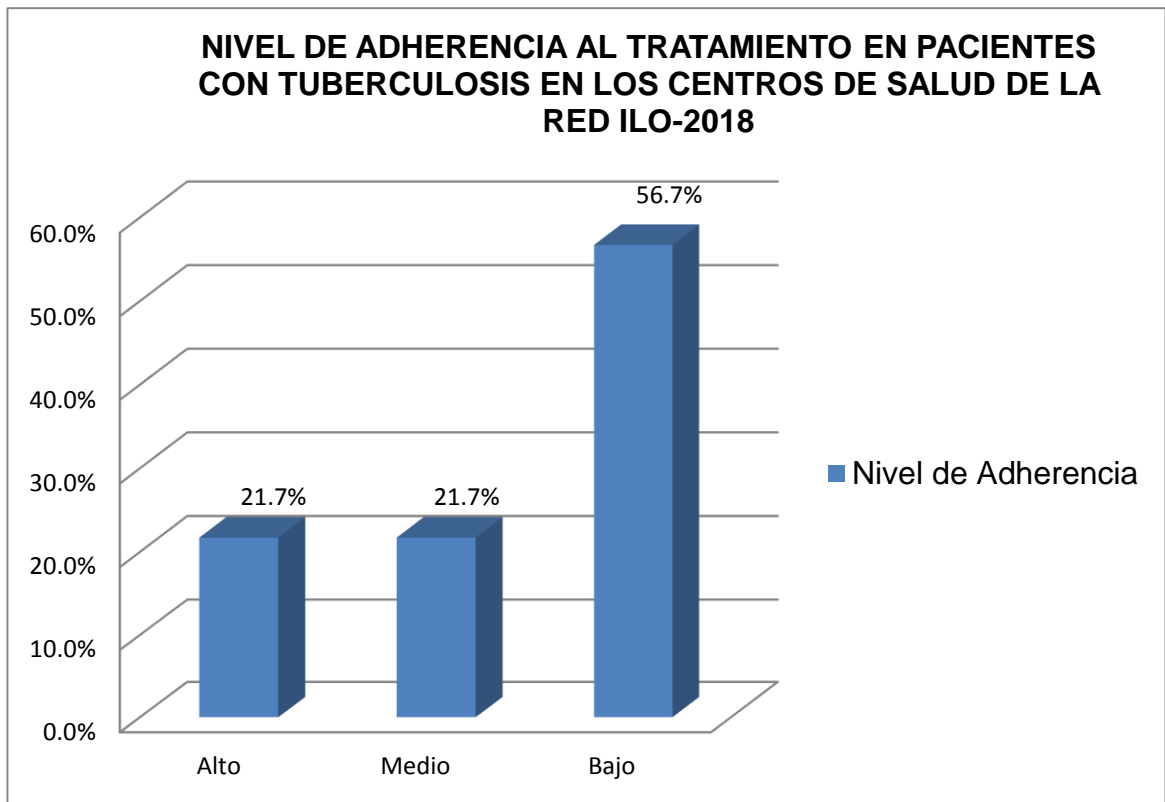
**NIVEL DE ADHERENCIA SEGÚN DIMENSIONES AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN LOS C.S. DE LA RED. ILO-2018.**

Nivel de adherencia	Dimensiones Control Médico		Tratamiento		Accesibilidad		Enfermedad		socioeconómica		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Alta</b>	-	0,00	-	0,00	60	100,00	60	100,00	14	23,33	13	21,67
<b>Mediana</b>	-	0,00	58	96,67	-	0,00	-	0,00	35	58,33	13	21,67
<b>Baja</b>	60	100,00	2	3,33	-	0,00	-	0,00	11	18,33	34	56,67
<b>Total</b>	60	100,00	60	100,00	60	100,00	60	100,00	60	100,00	60	100,00

**Fuente: Base de datos**

En la tabla 2 se observa que el nivel de adherencia de los pacientes con tuberculosis en centros de salud de la Red Ilo según dimensiones: en control médico, se tiene que la totalidad de pacientes presenta una baja adherencia con 100%; en cuanto a tratamiento 9 de cada 10 (96.67%) presentan un nivel medio en adherencia y (3.33%) con nivel bajo; en la dimensión de accesibilidad el total (100%), tiene un nivel alto de adherencia y en la dimensión socioeconómica la quinta parte tiene(58.33%) un nivel medio de adherencia, seguido de la cuarta parte (23.33) con nivel alto y con un nivel bajo (18.33%). Al analizar las variables finales, que presenta la adherencia al tratamiento en pacientes con TBC, se muestra que más de la mitad de la población presenta una adherencia de nivel baja (56,7%), la cuarta parte un nivel alto al igual, al igual que nivel medio (21.7%).

**GRAFICO 1**



**Fuente: Grafico 1**

**TABLA 3**

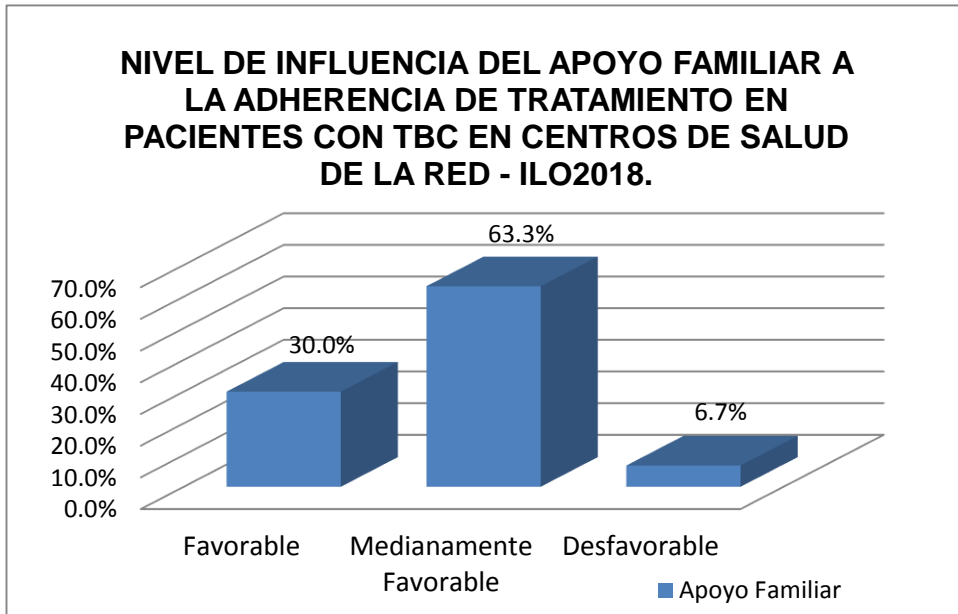
**APOYO FAMILIAR SEGÚN DIMENSIONES AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN LOS C.S. DE LA RED. ILO-2018.**

Dimension	Brindar cuidados		Soporte Efectivo		Económico		Informativo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Apoyo familiar</b>										
<b>Favorable</b>	26	43,33	45	75,00	52	86,67	36	60,00	18	30,00
<b>Medianamente favorable</b>	29	48,33	12	20,00	3	5,00	18	30,00	38	63,33
<b>Desfavorable</b>	5	8,33	3	5,00	5	8,33	6	10,00	4	6,67
<b>Total</b>	60	100,00	60	100,00	60	100,00	60	100,00	60	100,00

**Fuente: Base de datos**

En la tabla 3 se observa que el nivel de Apoyo familiar de los pacientes con tuberculosis en centros de salud de la Red Ilo según dimensiones: en brindar cuidados más de la cuarta parte presenta 48,33% con un nivel medianamente favorable, casi similar con un 43,33% con un nivel favorable y con menor porcentaje 8,33% desfavorable ;en cuanto a soporte efectivo tercera y cuarta parte con 75,00% es favorable y solo el 20,00%es medianamente favorable mientras el mínimo con un 5,00% desfavorable; en cuanto económico 8 de cada 10 se obtiene 86,67% es favorable ,luego con 8,33% desfavorable y el mínimo con un 5,00% es medianamente favorable ; Informativo más de la mitad con un 60,00% es favorable ,seguido con menos de la cuarta parte con un 30,00%es nivel medianamente favorable y con un 10.00% es desfavorable; el nivel de influencia del apoyo familiar en pacientes con tuberculosis se presenta que 6 de cada 10 pacientes (63,3%), tienen un nivel de influencia familiar medianamente favorable, seguido de 3 de cada 10 pacientes (30,0%), presentan un nivel favorable y el menor frecuencia (6,7%) el nivel desfavorable.

**Grafico 2**



**Fuente: Grafico 2**

**TABLA 4**

**NIVEL DE INFLUENCIA DEL APOYO FAMILIAR EN LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN C.S. DE LA RED.ILO-2018.**

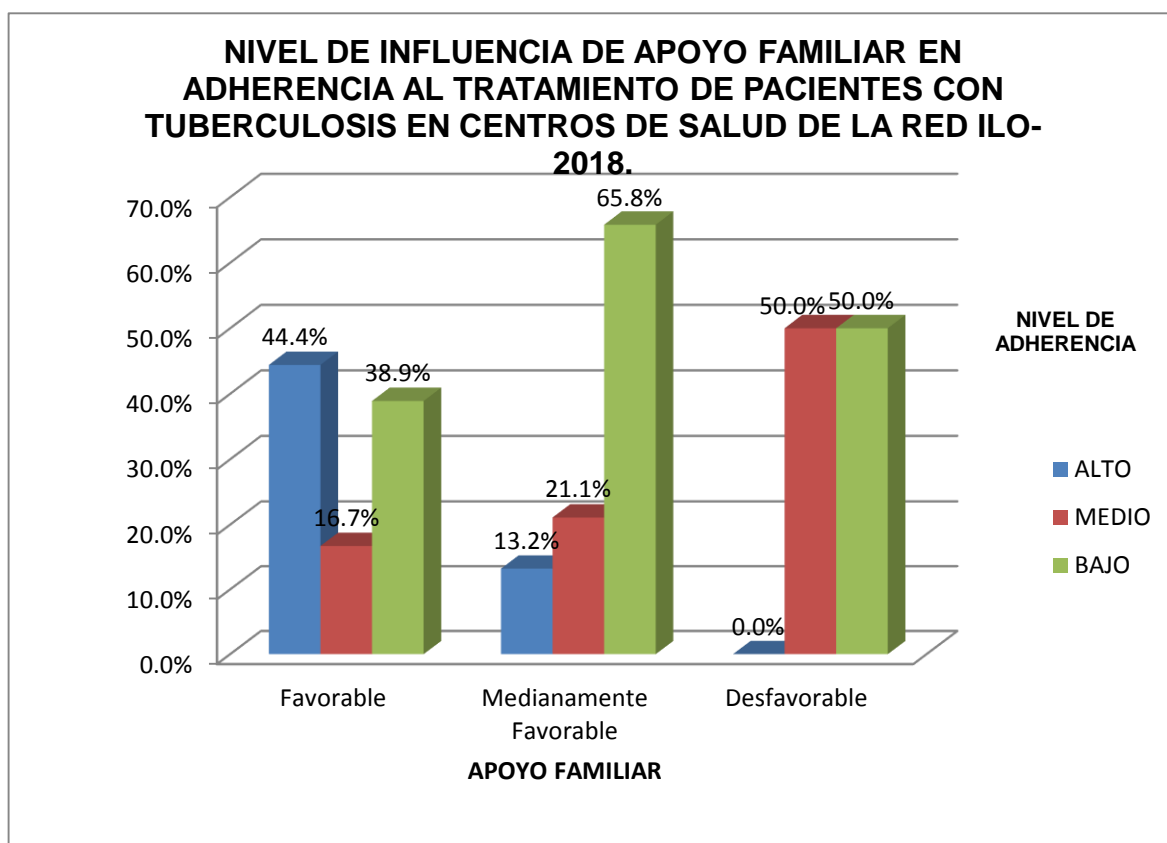
Adherencia \ Apoyo Familiar	Alto		Mediano		Bajo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Favorable</b>	8	44,4%	3	16,7%	7	38,9%	18	100,0%
<b>Medianamente Favorable</b>	5	13,2%	8	21,1%	25	65,8%	38	100,0%
<b>Desfavorable</b>	-	0,0%	2	50,0%	2	50,0%	4	100,0%
<b>Total</b>	13	21,7%	13	21,7%	34	56,7%	60	100,0%

Fuente: Base de datos.  $\chi^2=9.736$   $gl=4$   $p=0.045$

En la tabla 4 se observa que en la relación en cuanto al nivel de adherencia de los pacientes con tuberculosis en centros de salud de la Red Ilo, se tiene que la influencia de apoyo familiar, en el nivel favorable casi la mitad (44.4%), presenta una adherencia de nivel alto, seguido del nivel bajo con (38.9%) y en menor porcentaje (16.7%) presenta una escala medio; en el apoyo familiar medianamente favorable, se tiene que el mayor porcentaje, es decir más de la mitad (65.8%) presenta una adherencia bajo, seguida de una adherencia mediana de (21.1%) y solo un 13.2% se ubica en el nivel alto; en el apoyo familiar evaluado como desfavorable se tiene que para el nivel de adherencia mediano y bajo exactamente la mitad se ubica para cada nivel (50%).

Según la prueba estadística de  $\chi^2$  podemos determinar que existe relación estadísticamente significativa entre apoyo familiar y adherencia al tratamiento, con un valor de  $p=0.045$

**GRAFICO 3**



**Fuente: Grafico 3**

## 4.2 CONTRASTACION DE HIPOTESIS

### HIPOTESIS GENERAL

- $H_1$ : Existe relación significativa entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento antituberculoso.
- $H_0$ : No Existe relación significativa entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento antituberculoso.

En la tabla 4 se compara las dos variables de relación como apoyo familiar y adherencia al tratamiento al tratamiento en pacientes con tuberculosis de la Red Ilo 2018 y al aplicar la prueba estadística chi cuadrado se ha obtenido un valor  $p=0.045$ , siendo resultado estadísticamente significativo con 5% entre la variable de apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis.



### 4.3 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

**En la tabla 2** se observa que en relación al nivel de adherencia del tratamiento en pacientes con tuberculosis de los centros de salud de la Red Ilo, se muestra que más de la mitad de la población presenta una adherencia de nivel bajo (56,7%), la cuarta parte un nivel alto al igual que el nivel medio (21.7%).

Probablemente porque los pacientes no son conscientes de su enfermedad o no presencian la pronta recuperación dejando de asistir a recibir tratamiento y controles médicos originando así reacciones adversas, hay falta de comunicación, sensibilización y motivación por el personal de enfermería también mala aplicación del DOTS puede presentar el paciente el desinterés hacia la enfermedad de tuberculosis.

En la actualidad el tema de adherencia a los tratamientos médicos 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.

Resultados diferentes se encontraron en el trabajo de investigación de Suárez C., titulado: Adherencia al tratamiento y su relación con la participación de la familia en pacientes con tuberculosis en un Centro De Salud (2014), donde se determinó que el 46% de la población presenta un nivel medio de adherencia.

**En la tabla 3** Se observa el nivel de influencia del apoyo familiar en pacientes con tuberculosis de los centros de salud de la red Ilo, donde se presenta que 6 de cada 10 pacientes (63,3%), tienen un nivel de influencia familiar medianamente favorable, seguido de 3 de cada 10 pacientes (30,0%), presentan un nivel favorable y el menor frecuencia (6,7%) el nivel desfavorable

Probablemente los pacientes no cuentan con un adecuado soporte familiar, por lo tanto no afrontara adecuadamente la enfermedad.

Es esencial ya que permite acompañar al paciente en el curso de la enfermedad, evitando pensamientos de negatividad y baja autoestima. La

tuberculosis pulmonar se acompaña de un debilitamiento general, con poca energía y capacidad física para las actividades cotidianas, este debilitamiento se asocia a diferentes niveles de discapacidad por parte de los pacientes, y el estigma social causa un gran impacto en el paciente; es por ello, que se siente rechazado y excluido de la sociedad, deteriorando su autoestima. Esta interpretación representa la “marca o huella” que se impregna en el paciente desde el momento en que se diagnostica la enfermedad.

Con un resultado similar se encontró en el trabajo de investigación de Quispe C, titulado Participación Familiar y relaciones intrafamiliares en pacientes con tuberculosis pulmonar del programa TBC de la red asistencial ESSALUD Tacna – (2016) donde los resultados fueron que el 37,5% de pacientes encuestados indican que, sostienen que la unión y apoyo en la familia es medianamente favorable.

**En la tabla 4** se observa que en cuanto al nivel de adherencia de los pacientes con tuberculosis en centros de salud de la Red Ilo, se tiene que la influencia de apoyo familiar, tiene un nivel de apoyo familiar favorable casi la mitad (44.4%), presenta una adherencia de nivel alto, seguido del nivel bajo con (38.9%) y en menor porcentaje (16.7%) presenta una escala mediano; en el apoyo familiar medianamente favorable, se tiene que el mayor porcentaje, es decir más de la mitad (65.8%) presenta una adherencia bajo, seguida de una adherencia mediana de (21.1%) y solo un (13.2%) se ubica en el nivel alto; en el apoyo familiar evaluado como desfavorable se tiene que para el nivel de adherencia mediano y bajo exactamente la mitad se ubica para cada nivel (50%).

Se aplicó  $\chi^2$  al asociarse se encontró valor de  $p= 0.045$  que estadísticamente significativa.

Puede deberse a la falta de incorporación de los familiares dentro de la recuperación del paciente teniendo en cuenta que cuanto mayor sea el apoyo familiar el paciente podrá adherirse al tratamiento.

En los pacientes con tuberculosis la familia es la pieza básica fundamental en la toma de decisiones y responsabilidad ante el cuidado de la familia con

tuberculosis implicando soporte psico-afectivo hacia el mejoramiento en cumplimiento del tratamiento de tuberculosis.

Los resultados concuerdan con Suárez C, titulado Adherencia al tratamiento y su relación con la participación de la familia en pacientes con tuberculosis en un Centro De Salud (2014). Resultados fueron (46%) de la población presenta un nivel medio de adherencia y (54%) presenta un nivel medianamente favorable en participación de la familia.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### CONCLUSIONES

- Existe relación entre el nivel de apoyo familiar y adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis en centros de salud de la Red Ilo, según el análisis de la prueba estadística chi cuadrado con una confiabilidad del 95% ( $p=0.045$ ), define que a menor apoyo familiar tendrá igual una baja adherencia al tratamiento.
- La influencia de apoyo familiar en pacientes con tuberculosis presenta un gran porcentaje (63.3%) con un nivel medianamente favorable.
- En adherencia al tratamiento, los pacientes en su totalidad presentan un nivel de adherencia baja (56.7%).

## RECOMENDACIONES

- A los profesionales de enfermería se sugiere trabajar más con los familiares para cambiar de actitud y considerar al paciente como el objeto del cuidado para brindar una oportuna, cubrir sus necesidades básicas y superar las expectativas del paciente , logrando así un empoderamiento del paciente en su salud.
- Se debe implementar programas de capacitación para la familia y así favorecer que tengan una participación activa emocional en afrontamiento eficaz del tratamiento de la enfermedad.
- Al personal de enfermería incidir en cumplimiento de la Norma Técnica estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis principalmente con la consejería al paciente involucrando más a las familias y comunidad a través de reuniones informativas, utilizando folletos, volantes, entre otros, para lograr la adherencia al tratamiento de la tuberculosis.
- A las autoridades y personal de la Dirección Regional de Salud (DIRESA), fortalezca las coordinaciones con los Establecimientos de Salud involucrados, a través del monitoreo permanente, visitas a la familia, incidiendo en la adherencia al tratamiento de Tuberculosis.

## Bibliografía

1. Martínez Hernández O, Guzmán López F, Flores Pulido JJ, Vázquez Martínez H. Factores familiares que favorecen el apego al tratamiento en casos de Tuberculosis Pulmonar. Atención Familiar. México. 2014 Febrero; II(47-49).
2. Geographic, National. National Geographic. [Online].; 2014 [cited 2017 Agosto 13. Available from: <http://www.nationalgeographic.com.es/ciencia/la-tuberculosis-primer-causa-de-muerte-por-enfermedad-infecciosa>.
3. Mariella S. Tuberculosis en Perú: Cifra baja, pero seguimos liderando ranking. Peru 21. 2014 Marzo; I(12): p. 2 pag.
4. Reyes Ramírez CF, Rodríguez Pacco CR, Sánchez Retamozo GV. Relación entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes adultos con tuberculosis pulmonar. Tesis. Lima: Centro de salud, Lima; 2014.
5. Inca Vigo ZA. Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso de pacientes ambulatorios del hospital II Cajamarca, Red Asistencial Cajamarca. Tesis. Cajamarca: EsSalud, Trujillo; 2016.
6. Rojas Tello GP. Actitudes de la familia hacia el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud "Tablada de Lurín", noviembre-diciembre 2005. Tesis. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima; 2006.
7. Chávez Romero ML. Actitud de la familia frente al paciente con tuberculosis en proceso de tratamiento. Tesis. Juliaca: Micro Red de Salud Santa Adriana, Juliaca; 2015.
8. Araujo Ruiz V, Arevalo Arevalo SK, Torres Ahuanari RM. Factores Biosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento por Tuberculosis Pulmonar en dos establecimientos. tesis. Iquitos: Universidad Nacional Amazonia Peruana, Iquitos; 2014.
9. Quispe Quispe C. Participación familiar y relaciones intrafamiliares en pacientes con tuberculosis pulmonar del programa TBC. Tesis. Tacna: Red Asistencial EsSalud, Tacna; 2016.
10. Suárez Ponce CY. Adherencia al tratamiento y su relación con la participación de la familia en pacientes con tuberculosis. Tesis. Lima: Centro De Salud, Lima; 2014.
11. Ríos Vera MdC. Causas personales y familiares y su influencia en el abandono del tratamiento antituberculoso en los pacientes. Tesis. Distrito de Víctor Larco Herrera: Hospital distrital "Vista Alegre", Lima; 2014.
12. Mesén Arce MM. Los determinantes del ambiente familiar y la adherencia al tratamiento de la tuberculosis. Estudio de un caso urbano, el cantón de Desamparados, Costa Rica. Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social. 2005; Vol.13(1).

13. Ramón HNM. Influencia de determinantes sociales en la adherencia al tratamiento de tuberculosis en yucatan. Acta Academica.Mexico. 2009; VIII.
14. Navarro Quintero C, Rueda Rincon JL, Mendoza Ojeda JL. Factores asociados al abandono del tratamiento en pacientes de Tuberculosis. Ciencia y Cuidado.Colombia. 2013 Julio; X(1).
15. Organización Mundial de la Salud. Tuberculosis. World Health Organization. 2003 Septiembre; I(43).
16. Red TAES de Enfermería en tuberculosis. Manual de procedimientos en tuberculosis para personal de Enfermería.Mexico. 2015.
17. Moran Lopez E, Lazo Armador Y. Tuberculosis. Rev Cubana Estomatol. 2001 Enero-Abril; 38.
18. Organización Panamericana de Salud. Coinfección de tuberculosis. 2010.
19. Farga V, Caminero JA. Tuberculosis. Revista Medica Chile. 2011; 3ra edición.
20. Organización Mundial de la Salud. Tuberculosis sensible. 2016.
21. Organización Mundial de la Salud. Tuberculosis Multirresistentes. 2016.
22. Organización Mundial de la Salud. Definiciones y marco de trabajo para la notificación de tuberculosis. 2014.
23. Arevalo Barea AR, Alarcón Terán H, Arévalo Salazar DE. Metodos de Diagnósticos en Tuberculosis. Rev. Méd. La Paz. 2015 Mayo; 21(1).
24. Miranda Gavez G, Diaz Perez JC. Manifestaciones radiograficas de la Tuberculosis Pulmonar. Revista Chilena de Radiología. 2004 junio; 10(4).
25. Ministerio de Salud. "Norma tecnica de salud para el control de la tuberculosis". 2006.
26. V.01 NN1M. Norma Tecnica de Salud para la Atención Integral de personas afectadas por Tuberculosis. 2013.
27. Ravines Izaguirre FV. Factores de riesgo para tuberculosis multidrogo resistentes en pacientes de la Estrategia Sanitaria. Tesis. Lima: Micro Red, Lima; 2016.
28. Domínguez Carreño E, Gonzales Preciado LR. Conocimiento sobre tuberculosis pulmonar y actitud hacia en tratamiento de los pacientes que asisten. Tesis. Centro de Salud Gerardo Gonzales Villegas, Tumbes; 2017.
29. Departamentos de salud y servicios humanos de los estados. Manejo de pacientes con tuberculosis y mejora de la adherencia al tratamiento.Colombia. 2014.
30. Libertad Martin A. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Revista Cubana de Salud Pública. 2004 Diciembre; 30(4).

31. Silva E, Galeano E, Correa JO. Adherencia al tratamiento. Acta Médica Colombiana. 2005 Octubre-Diciembre; 4(30).
32. Organización Mundial de la Salud. Proseguir la expansión y mejora de un DOTS de calidad. 2015.
33. Organización Mundial de la Salud. Proseguir la expansión y mejora de un DOTS de calidad. 2015.
34. Cruz Larico CM. Conocimientos de las Medidas Preventivas y Actitudes en el autocuidado de pacientes con tuberculosis pulmonar. Tesis. Lima: Centro de Salud Los Libertadores, Estrategia sanitaria de tuberculosis; 2008.
35. Organización Mundial de la Salud. concepto de familia. 2009.
36. Organización Panamericana de Salud. La familia y la salud. 2003.
37. Enciclopedia en Español. La familia :conceptos,tipos y evolución. 2009.
38. Mendoza,Alberto. TUBERCULOSIS-PERU. 2015 Mayo.
39. Cuesta Benjumea Cdl. El cuidado del otro: desafíos y posibilidades. Investigación y Educación en Enfermería. Colombia 2007 Marzo; xxv(1).
40. Federación español de enfermedades raras. La familia: Principal fuente de apoyo social. 2010.
41. Pilar QCLNd. Relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en centros de salud. Rev enferm Herediana. Lima.2015 Agosto.; I(11-16).
42. Oliva Gómez E, Villa Guardiola VJ. Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. Justicia Juris. 2014 Junio; 10.
43. Salazar de la Cruz M, Jurado Vega A. Niveles de Intervención Familiar. Acta Médica Peruana. 2013; 30.
44. Fonseca Guillén M. Teorías aplicables al proceso de atención de enfermería en Educación Superior. Revista Cubana de Enfermería. 2011 enero-febrero; 15(1).
45. Prado Solar LA, Gonzales Reguera M, Romero Borgesi K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Med. Electron. 2014 Noviembre -Diciembre; 36(6).