

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**RELACIÓN ENTRE EL APOYO FAMILIAR Y LA ADHERENCIA  
AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS  
PULMONAR EN EL CENTRO DE SALUD “SAN COSME”  
JUNIO - 2016**

**TESIS**  
**PRESENTADA POR BACHILLER**  
**SUSSAN TORRES GUTIERREZ**

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

**LIMA – PERÚ**  
**2017**

**ASESORA DE TESIS: MG. LUZ OLINDA FERNANDEZ HENRIQUEZ**

## **AGRADECIMIENTO**

### **A Dios**

Por ser mi guía espiritual, que siempre me protege y me da fortaleza en todos los momentos de mi vida.

### **A la Universidad Privada San Juan Bautista**

Por inculcarme los conocimientos más relevantes para mi formación profesional.

### **Al Centro de Salud “San Cosme”**

Por permitirme realizar el presente estudio, además a los pacientes por haberme otorgado su deseo de participar en el desarrollo del estudio

### **A la asesora**

Por su constancia y perseverancia.

## **DEDICATORIA**

A mis padres y hermanos, por ser los tesoros más grandes de mi vida, quienes siempre están brindándome su amor y comprensión para lograr mis objetivos.

## RESUMEN

**Introducción:** La tuberculosis pulmonar es un flagelo que afecta la salud de las personas por su capacidad infecciosa y su alcance en la población, afectando la vida individual y familiar de quienes la padecen. **Objetivo:** determinar la relación entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes con Tuberculosis Pulmonar en el Centro de Salud “San Cosme” – La Victoria, junio 2016. **Metodología:** El estudio fue de tipo cuantitativo, método correlacional, transversal. La población de estudio estuvo constituida por 60 pacientes con tuberculosis pulmonar, durante el período de enero a junio del año 2016. El instrumento utilizado fue de apoyo familiar, es un cuestionario creado por Guillen Aguirre-Osorio Cruz, y la ficha de adherencia al tratamiento en pacientes con TBC, creado por la investigadora, basado en la tarjeta de control de asistencia y administración de medicamento. **Resultados:** El apoyo familiar en pacientes con tuberculosis pulmonar del Centro de Salud “San Cosme”; es regular con 43,3%, seguido de bueno con 33,3% y malo con 23,3%. La adherencia al tratamiento en los pacientes con tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud “San Cosme” de La Victoria, es sin adherencia con 55% y con adherencia con 45%. **Conclusiones:** Existe relación significativa entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes con Tuberculosis Pulmonar.

**Palabras clave:** Apoyo Familiar, Adherencia al tratamiento, Tuberculosis Pulmonar.

## ABSTRACT

**Introduction:** pulmonary tuberculosis is a scourge that affects the health of the people by its infectiousness and its scope in the population, affecting the individual and family life of those who suffer from it.

**Objective:** The research aims to determine the relationship between family support and adherence to treatment in patients with pulmonary tuberculosis at the Health Center "San Cosme" - The 2016 Victory

**Material and methods:** The study was a quantitative, descriptive, cross-sectional and correlational study. The population for this study consisted of 60 patients with pulmonary tuberculosis, during the period from January to June of the year 2016. The instrument used was of family support, is a questionnaire created by Guillén Aguirre-Osorio Cross, and the instrument of adherence to treatment in patients with TB, created by the researcher, based on the assistance and administration of medication for the first schema.

**Results:** The family support in patients with pulmonary tuberculosis in the CS "San Cosme"; it is regularly in a 43.3%, followed by good in a 33.3% and 23.3% in a bad. The adherence to treatment in patients with pulmonary tuberculosis at the Health Center "San Cosme" of victory; it is without grip in a 55% and with grip in a 45%. **Conclusions:** Therefore, there is no significant relationship between family support and adherence to treatment in patients with pulmonary tuberculosis.

**Keywords:** Family Support, adherence to treatment, patients with TB

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
<b>CARÀTULA</b>	i
<b>ASESORA</b>	ii
<b>AGRADECIMIENTO</b>	iii
<b>DEDICATORIA</b>	iv
<b>RESUMEN</b>	v
<b>ABSTRACT</b>	vi
<b>ÍNDICE</b>	vii
<b>PRESENTACIÒN</b>	ix
<b>LISTA DE TABLAS</b>	x
<b>LISTA DE GRÀFICOS</b>	xi
<b>LISTA DE ANEXOS</b>	xii
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA</b>	
I.a. Planteamiento del problema	13
I.b. Formulación del problema	15
I.c. Objetivos	15
I.c.1. Objetivo General	15
I.c.2. Objetivo Específico	15
I.d. Justificación	16
I.e. Propósito	16
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
II.a. Antecedentes bibliográficos	18
II.b. Base Teórica	22
II.c. Hipótesis	40
II.d. Variables	40
II.e. Definición Operacional de Términos	41

<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
III.a. Tipo de estudio	42
III.b. Área de estudio	42
III.c. Población y muestra	43
III.d. Técnica e instrumento de recolección de datos	44
III.e. Diseño de recolección de datos	45
III.f. Procesamiento y análisis de datos	45
<b>CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS</b>	
IV.a. Resultados	47
IV.b. Discusión	53
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
V.a. Conclusiones	61
V.b. Recomendaciones	62
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	63
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	68
<b>ANEXOS</b>	69



## PRESENTACIÓN

El apoyo familiar interviene frente a los eventos que afectan la salud; al estar en contacto permanente con el paciente, el familiar participa de manera activa y de manera trascendentalmente para favorecer el cumplimiento del tratamiento, no solo farmacológico sino también los cambios en sus hábitos de vida. La familia es responsable de su adherencia al tratamiento, ya que muchas veces ellos se ven inmersos en un fuerte perjuicio o estigmatización social, donde la familia trata de ocultarlos, lo cual evidencia que su participación es primordial para llevar con éxito la adherencia al tratamiento.

La falta de adherencia al tratamiento de la tuberculosis pulmonar, es considerado uno de los principales obstáculos para el control y la erradicación de esta enfermedad, debido a que el abandono disminuye la eficacia de los programas e incrementando el riesgo de transmisión y aumenta la probabilidad de resistencia bacteriana a los antibióticos de primera línea, por tanto predispone a una mayor frecuencia de fracasos y en consecuencia poner en riesgo la vida y salud de las personas. Por lo tanto produce un aumento de la morbilidad y mortalidad, así como el incremento de los costos de la asistencia sanitaria, generando grandes pérdidas en el aspecto personal, familiar y social.

El presente trabajo de investigación consta de los siguientes capítulos: **Capítulo I:** El problema; que incluye el planteamiento del problema, formulación del problema, justificación, objetivos y propósito, **Capítulo II:** Marco Teórico; Antecedentes, base teórica, hipótesis, variables y definición operacional de términos, **Capítulo III:** Metodología de la Investigación Tipo de estudio, área de estudio, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, diseño de recolección de datos, Procesamiento y Análisis de datos, **Capítulo IV:** Resultados y Discusión, **Capítulo V;** Conclusiones y Recomendaciones, finalmente se considera las Referencias bibliográficas, Bibliografía y Anexos.

## LISTA DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
<b>Tabla 1:</b> Datos generales de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar en el Centro de salud “San Cosme” – La Victoria junio 2016.	47
<b>Tabla 2:</b> Apoyo Familiar y Adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar tratamiento en pacientes con Tuberculosis Pulmonar en el Centro de salud “San Cosme” – La Victoria, junio 2016.	48

## LISTA DE GRÁFICOS

	<b>Pág.</b>
<b>Gráfico 1</b> Apoyo familiar en pacientes con tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud “San Cosme” – La Victoria 2016	49
<b>Gráfico 2</b> Apoyo familiar en pacientes con tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud “San Cosme”, según dimensiones – La Victoria 2016	50
<b>Gráfico 3</b> Adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud “San Cosme” – La Victoria 2016	51
<b>Gráfico 4</b> Adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud “San Cosme”, según dimensiones – La Victoria 2016	52

## LISTA DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
ANEXO 1 Operacionalización de Variables	70
ANEXO 2 Instrumento	72
ANEXO 3 Validez de instrumento	75
ANEXO 4: Confiabilidad de instrumentos	76
ANEXO 5 Informe de la prueba piloto	77
ANEXO 6 Hoja de Consentimiento Informado	78
ANEXO 7 Escala de Estanones	79
ANEXO 8 Media Aritmética	82

## CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

### I.a. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS), indica que la Tuberculosis Pulmonar (TB) es un grave problema de salud pública, debido a que afecta a un tercio de la población que está infectada por el bacilo de Koch; aproximadamente, 2 000 millones de personas la padecen en todo el mundo. <sup>1</sup> Según la OMS en el 2015, un 95% de los casos diagnosticados se registran en países en desarrollo y 98% de muertes se producen en esta misma zonas de pobreza; 55% en Asia, 35% India y China, 30% África, 5% Europa y 3% América. <sup>2</sup>

En América Latina según reportes de Organización Panamericana de la Salud (OPS), del año 2012, estimaron que padecían de tuberculosis pulmonar en Brasil 32,2%, Perú 12,2%, México 7%, Colombia 5,9%, Bolivia 5,2%, Argentina 4,1%, Venezuela 3,5%, Ecuador 3,4%, Paraguay 1,1% y Chile 0,7%. <sup>3</sup>

La OMS y la OPS, señalaron que cada año 8,8 millones de personas se enferman de tuberculosis pulmonar en todo el mundo, produciéndose 2 millones de muertes anualmente, cada día se presentan 28 mil casos nuevos. En Latinoamérica más de 400 000 mil personas padecen de tuberculosis cada año, Haití es el país que tiene la mayor morbilidad y el Perú ocupa el segundo lugar, presentando anualmente 30 mil casos nuevos aproximadamente. <sup>4</sup>

El Ministerio de Salud del Perú (MINSA), refiere que durante el 2012, la proporción de falta de adherencia al tratamiento se ubica en un 3,8% lo que significa que 600 personas dejan de recibir tratamiento, por lo tanto se incrementa el riesgo de propagación de

la enfermedad y el peligro de incrementar la resistencia a los tratamientos.<sup>5</sup>

Entre el 2013 al 2014 cinco departamentos del Perú (Madre de Dios, Ucayali, Loreto, Lima e Ica) presentaron incidencia de TB por encima del nivel nacional, estos departamentos reportaron el 72% de los casos nuevos notificados en el país. Lima es el departamento que más casos de tuberculosis concentra en el país (60%) y es el tercer departamento con la incidencia más lata-, el mayor porcentaje de casos se concentra en Lima Metropolitana y en los distritos de San Juan de Lurigancho, Rímac, La Victoria, El Agustino, Ate, Santa Anita y Barranco.<sup>7</sup>

La no adherencia al tratamiento para contrarrestar la tuberculosis, no solo es grave por su ineficacia, sino que se produce un aumento de la morbilidad y mortalidad a nivel nacional, incrementando los costos de la asistencia sanitaria en el nivel primario y asistencial.<sup>8</sup>

El apoyo familiar, es importante para lograr el cumplimiento del tratamiento farmacológico, favorecer la mejora de los estilos de vida como la alimentación, descanso y sueño, control de consumo de sustancias tóxicas entre otros. La familia es corresponsable de la adherencia al tratamiento, sin embargo los familiares también se ven inmersos en un fuerte perjuicio o estigmatización social que produce la tuberculosis pulmonar, en ocasiones la familia trata de ocultarlos, esto no favorece el éxito del tratamiento.<sup>9</sup>

En el Centro de Salud “San Cosme” de la Victoria, se observa que la mayoría de los pacientes que asisten a su tratamiento contra la tuberculosis; manifiestan una negación de la enfermedad, lo cual es un factor importante para que el paciente decida abandonar el tratamiento, algunos refieren presentar efectos secundarios como

fiebre, poco o ningún apetito, malestar estomacal, náuseas o vómitos y cólicos; entre otras manifestaciones; trayendo consigo el abandono parcial o totalmente del tratamiento. Además, los pacientes tienen como común denominador la extrema pobreza, a pesar que el tratamiento no implica un costo económico muchos no tienen responsabilidad madura sobre la enfermedad.

Por todo lo anteriormente manifestado, se plantea la siguiente interrogante:

**I.b. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

**¿CUAL ES LA RELACIÓN ENTRE EL APOYO FAMILIAR Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL CENTRO DE SALUD “SAN COSME” – LA VICTORIA JUNIO 2016?**

**I.c. OBJETIVOS**

**I.c.1 Objetivo General**

Determinar la relación entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes con Tuberculosis Pulmonar en el Centro de Salud “San Cosme” – La Victoria 2016.

**I.c.2 Objetivos Específicos**

- Identificar el tipo de apoyo familiar en pacientes con Tuberculosis Pulmonar según dimensión afectiva, emocional e instrumental.
- Identificar la adherencia al tratamiento en pacientes con Tuberculosis Pulmonar de acuerdo a tratamiento farmacológico e indicaciones al seguimiento.

#### **I.d. JUSTIFICACIÓN**

La Tuberculosis Pulmonar es un problema de magnitud no solo en el Perú sino a nivel mundial debido a la aparición de cepas multidrogas resistentes, incrementando esto las recaídas y abandono al tratamiento antituberculoso causado por el bajo nivel de adherencia al tratamiento que tienen los pacientes; es necesario el conocimiento de los factores condicionantes, siendo un campo de labor Profesional de Enfermería es preciso profundizar en este tema.

Los problemas de abandono de los pacientes al tratamiento podrían manejarse de mejor manera conociendo el entorno familiar e identificando el apoyo que reciben de los mismos, estas variables según los estudios se encuentran relacionados, con el éxito del tratamiento.

La familia constituye el soporte emocional y económico frente a este evento estresante de la vida, que ocasiona la enfermedad; la participación activa de los familiares puede favorecer el pronóstico de mejoría, podrían formarse grupos familiares que servirían de para el cumplimiento de los requerimientos necesarios en el ambiente familiar para favorecer la salud del paciente.

#### **I.e. PROPÓSITO**

Los hallazgos de este estudio serán entregados a las autoridades del Centro de Salud "San Cosme", a fin de que sirvan de marco referencial para que se diseñen estrategias educativas permanentes y/o continuas sobre la importancia del apoyo familiar para el logro de la adherencia al tratamiento; con la participación del profesional de Enfermería. Estas estrategias deben ser



didácticas y comprensibles tanto para el paciente como para los miembros familiares que acompañan al paciente para lograr el cumplimiento del tratamiento; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación y el programa prescrito, con persistencia y toma de la medicación durante el tiempo que dure su recuperación de la salud y con ello sensibilizarlos a que lleven una vida sin prejuicios.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### II.a. ANTECEDENTES

#### **Internacionales:**

Arrossi S, Herrero M, Greco A, Ramos S. En el 2012, en Buenos Aires Argentina, realizaron un estudio titulado: **FACTORES ASOCIADOS A LA NO-ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS**, cuyo objetivo fue identificar cuáles han sido los factores predominantemente analizados y determinar cuáles han presentado una mayor asociación con la no-adherencia al tratamiento anti-tuberculoso. El proceso de revisión de evidencias se realizó por medio de una búsqueda de estudios publicados entre 1997 y 2007 que analizaron factores asociados a la no adherencia al tratamiento antituberculoso, a través de las bases de datos PubMed - MEDLINE y LILACS. Quedaron incluidos 43 estudios de países de ingresos altos, medios y bajos. Concluyeron que la tendencia a abandonar el tratamiento se incrementa fuertemente conforme aumenta conforme aumenta la condición de indigencia, precariedad y marginalidad social, como en el caso de quienes están desempleados o tienen empleos muy precarios, los analfabetos, las personas que viven en situación de calle o en residencias temporarias, los pacientes alcohólicos y los adictos a las drogas ilegales (sobre todo por vía endovenosa).<sup>10</sup>

Mesén M, Chamizo H. En el 2011, en San José Costa Rica, realizaron un estudio titulado: *Los determinantes del ambiente familiar y la adherencia al tratamiento de la tuberculosis*. Cuyo objetivo fue identificar los determinantes de la adherencia al tratamiento de la tuberculosis desde la perspectiva del paciente y el

contexto familiar. La población estuvo conformada por 47 pacientes, de los cuales 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. Concluyeron que existen muchos pacientes que quedan por 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 TB Pulmonar. <sup>11</sup>

Sanz B, Blasco T, Galindo S. En el 2011, en Madrid España, realizaron un estudio sobre: *Abandono del tratamiento antituberculoso en la población inmigrante: la movilidad y falta de apoyo familiar*. Cuyo objetivo fue conocer los resultados del tratamiento antituberculoso entre la población inmigrante e identificar las variables asociadas a su abandono. Estudio de cohortes prospectivo que incluye casos de TBC en población inmigrante, mayor de 15 años, diagnosticados en 15 hospitales públicos de la Comunidad de Madrid. Realizaron un estudio descriptivo y posteriormente se efectuó un análisis bivariado/multivariado. Se concluye que es necesario mejorar los resultados del tratamiento en la población inmigrante. Para ello se debe mejorar la coordinación sanitaria en caso de desplazamiento y dirigir estrategias que faciliten el cumplimiento del tratamiento entre las personas que no conviven con sus familiares. <sup>12</sup>

Gómez G, Lara M, Hernández M, Gómez V. En el 2010, en Guadalupe México, realizaron un estudio titulado: *Apoyo familiar y la adherencia al tratamiento por el paciente con tuberculosis pulmonar*. Cuyo objetivo fue determinar si el apoyo de la familia al

paciente con TBC pulmonar influye su adherencia al tratamiento. Fue un estudio observacional, comparativo y transversal al total de casos de tuberculosis pulmonar, se les aplicó el APGAR familiar y la encuesta de Moriski para valorar la adherencia al tratamiento. Se obtuvieron 32 pacientes con adherencia al tratamiento de los cuales 31 calificaron con apoyo familiar, 12 pacientes sin adherencia al tratamiento de los cuales 2 calificaron con apoyo familiar. Se concluye que el apoyo familiar tiene vital importancia en la adherencia al tratamiento del paciente con TBC pulmonar. <sup>13</sup>

### **Nacionales:**

Tacuri M. En el 2010, en el Agustino, realizó un estudio titulado: *Relación entre la adherencia y el nivel de conocimientos sobre el tratamiento de los pacientes con tuberculosis*. Cuyo objetivo fue determinar la relación entre la adherencia y nivel de conocimientos sobre el tratamiento de los pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Primavera. Se utilizó el método descriptivo correlacional, y de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 38 pacientes con diagnóstico de TBC. Se concluye que la mayoría de los pacientes con TBC tienen un nivel medio de conocimientos sobre el tratamiento farmacológico y de las indicaciones de seguimiento. La mayoría de pacientes no mostraron adherencia al tratamiento de la TBC. Existe relación directa entre adherencia y el nivel de conocimientos de los pacientes con TBC; es decir, que la no adherencia está presente en los pacientes que tienen nivel de conocimiento medio a bajo y quienes son adherentes al tratamiento tienen un nivel alto de conocimientos. <sup>14</sup>

Arriola P, Castillo T, Quispe G, Torres C. En el 2010, en Puente Piedra, realizaron un estudio titulado: *Factores asociados a la asistencia del paciente al tratamiento antituberculoso*. Cuyo objetivo fue determinar los factores asociados a la asistencia al tratamiento antituberculoso en pacientes del Programa de Control de Tuberculosis (PCT) en el Hospital de Puente Piedra y en el Centro Materno Infantil Zapallal. El método utilizado fue de diseño descriptivo y de corte transversal. La población estuvo conformada por 77 pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar en el PCT. Concluyeron que los factores asociados a la asistencia discontinua son hacinamiento; tipo de trabajo independiente; condición de trabajo eventual; ingreso económico bajo; falta de apoyo familiar y no tener información básica sobre la enfermedad.<sup>15</sup>

Miranda B, Puente M, Ramos E. En Lima, en el 2010, realizaron un estudio titulado: *Factores asociados a la adherencia y el abandono del tratamiento de la tuberculosis pulmonar*. El objetivo fue identificar que los factores se relacionan entre los pacientes con adherencia al tratamiento de la tuberculosis y de los que lo abandonaron. El diseño de estudio fue de tipo descriptivo, de corte transversal y correlacional, en el que estudiaron 99 casos. Se concluye que el rechazo de la familia influye en la adherencia y el abandono, el miembro que más apoyo fue el esposo(a), el cambio por la preocupación de la familia para que el paciente no abandone el tratamiento. En la explicación al paciente como a su familia sobre la enfermedad, de que sepan que es curable, así como de la duración del tratamiento y la importancia de adherencia misma; responsabilizando no solo al paciente sino a la familia completa; así como los riesgos que corren al abandonar el tratamiento lo que dificultaría su curación y aumentaría el riesgo de caer en la categoría de la drogo resistencia con la posibilidad de infectar a los demás miembros de la familia.<sup>16</sup>

## **II.b. BASE TEÓRICA**

### **II.1 APOYO FAMILIAR EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS**

Se entiende por apoyo familiar aquellas acciones que realizan uno o varios miembros del contexto familiar; es decir, es la percepción de que se es amado y estimado por los miembros de la familia; este apoyo promueve la salud y alivia el impacto de la enfermedad. La red de apoyo tiene efecto directo sobre la salud mediante la interacción con los demás y fomentando la autonomía.<sup>17</sup>

El apoyo familiar se constituye en uno de los recursos personales más importantes para paliar el efecto de la enfermedad, entendido como la valoración cognitiva de estar conectado de manera fiable con otros, ha demostrado ser más importante y tener más impacto sobre la salud y bienestar que el apoyo social que se recibe. El apoyo social percibido, conceptuado en términos cognitivos como la percepción de que se es amado y estimado por los demás, supone una percepción que promueve la salud, alivia el impacto de las enfermedades, afecta benéficamente a la salud integral del paciente.<sup>18</sup>

El apoyo familiar es definido como el conjunto de recursos sociales existentes, de diferentes naturalezas que recibe un individuo en una situación dada, en su vínculo con el ambiente a través de las relaciones interpersonales y que pueden ser percibidos de manera positiva o negativa, influyendo en su bienestar y capacidad de funcionamiento frente a la enfermedad de manera dinámica. Lo que está más cerca del paciente y en algún momento le sirve como vínculo que influye en su conducta, y por tanto, en la adherencia al tratamiento es el apoyo que los familiares otorgan al enfermo.

Dado que la Tuberculosis Pulmonar involucra una serie de determinantes en el seguimiento o abandono del tratamiento farmacológico (adherencia terapéutica) se requiere que el paciente modifique sus comportamientos y desde luego, dichas modificaciones no solo dependen del enfermo. <sup>19</sup>

La familia, como principal fuente de apoyo social aporta el máximo apoyo instrumental, afectivo y emocional, por lo que su influencia es importante durante el curso del proceso de la enfermedad (26).

La familia es un sistema en transformación, que mantiene su continuidad y crecimiento a través de un equilibrio dinámico entre homeostasis y cambio. La estructura familiar se define como la organización de las interacciones familiares y debe ser capaz de adaptarse cuando las circunstancias cambian.

Cuando se presenta una enfermedad en la familia, se modifica su estructura y dinámica; se alteran las jerarquías, las fronteras, los roles y los estilos de relación, en donde quedan vacíos en las funciones familiares, lo que genera un desequilibrio en la familia.

El modelo sistémico de la enfermedad, bajo el supuesto de que se crea un sistema complejo a partir de la interacción de la enfermedad con el individuo, la familia y los sistemas biopsicosociales; aborda áreas del funcionamiento familiar en donde se puede evaluar el impacto de la enfermedad.

La familia en el cuidado de la salud – enfermedad; es una unidad social y como tal constituye un medio en el que puede operar constructivamente o negativamente sobre la salud y bienestar de sus integrantes a través de mayor a menor efectividad de sus funciones.<sup>20</sup>

En la familia se procesa el mayor número y tipo de relaciones con aspectos significativos en el proceso de salud – enfermedad – atención. Lejos de ser un mundo autónomo y aislado, es en sí mismo la unidad en la que de manera directa o indirecta, repercuten las consecuencias de las crisis sociales, así como las representaciones colectivas que la sociedad construye alrededor de las enfermedades específicas.<sup>21</sup>

Es el soporte social que da apoyo a las personas en tiempos de crisis, ayudándoles a enfrentar la vida. Las relaciones sociales hacen que las personas se empoderen haciendo sentir que son parte de un orden social mayor, que son valorados, estimados y que pertenecen a una red de obligaciones recíprocas. El soporte puede estimular la recuperación de la salud, induciendo al miembro de la familia o red social a buscar ayuda o promoviendo en él o ella hábitos saludables.<sup>22</sup>

El equilibrio puede perturbarse por cambios del ambiente exterior de la familia o por cambios en algunos o varios de los miembros del grupo familiar, por ejemplo antes de cualquier crisis o enfermedad aguda/crónica de alguno de los integrantes de la familia produce un desequilibrio de todo el grupo familiar, también esto depende de la naturaleza de la enfermedad, afrontamiento social y psicológicas.<sup>23</sup>

Por ello, el funcionamiento emocional, instrumental y social de la familia; lo que pondrá a prueba la efectividad de la familia para reorganizarse, adaptarse y utilizar los recursos que estén a su disposición. Además es el contexto inmediato en el que se desenvuelven la enfermedad, soporte social que va a actuar de manera amortiguadora, entre eventos estresantes de la vida y la enfermedad, pudiendo descubrirse áreas de fortaleza y debilidad.<sup>24</sup>



Estas áreas dependen de cómo desempeñan sus diferentes funciones los miembros de la familia, de la preparación que tiene para su desempeño y de las características de la personalidad y de la personalidad y de salud.<sup>24</sup>

La reforma del sector salud busca construir una nueva política de salud que valore a la persona, afirme la rectoría del Estado en el campo de la salud, se busca la coparticipación del usuario,, llámese paciente o familia, dentro de su atención con el objeto de lograr mayor rendimiento de los servicios mediante la educación de la población, participación comunitaria y acción intersectorial.<sup>24</sup>

Esto se debería tomar en cuenta de manera muy especial dentro de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis ya que su propósito es romper la cadena de transmisión de la infección en la población, donde se necesita la participación de la comunidad, especialmente de aquellos que han vivido o viven en estrecho contacto con un caso índice de tuberculosis.<sup>24</sup>

La familia ejerce una función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana. El apoyo que ofrece la familia es el principal recurso de promoción de salud y prevención de la enfermedad y sus daños, así como el más eficaz que siente y percibe el individuo frente a todos los cambios y contingencias a lo largo del ciclo vital en el contexto social.<sup>25</sup>

Esto se manifiesta cuando un miembro de la familia padece una enfermedad que requiere la contribución afectiva y material de su red de apoyo familiar, para cumplir un conjunto de indicaciones médicas en las que pueden estar implicadas las personas que conviven o comparten la vida cotidiana con el paciente.<sup>25</sup>

## **Tipos de apoyo familiar**

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

- **Apoyo afectivo.-** Es la capacidad de reacción que presenta el familiar con manifestaciones de sentimientos y las emociones; en un marco interactivo, es decir, dar afecto al paciente con tuberculosis pulmonar, ayudándole siempre con motivación, preocupación, tranquilidad, dándole aliento y ánimo.
- **Apoyo emocional.-** Este comprende la empatía, el cuidado, el amor, la confianza y parece ser uno de los tipos de apoyo más importantes. Este tipo de apoyo está recogido, de una u otra manera, en las concepciones de apoyo antes mencionadas. En general, cuando las personas consideran de otra persona que ofrece apoyo, se tiende a conceptualizar en torno al apoyo emocional. El resto de tipos de apoyo social suelen ser menos utilizados en la explicación y estudio de este concepto pero en ciertas situaciones suelen tener una gran importancia.
- **Apoyo instrumental.-** Se ofrece apoyo instrumental cuando se emiten conductas instrumentales que directamente ayudan a quien lo necesita; se ayuda a otro a hacer o acabar el trabajo, se cuida de alguien. Es evidente que todo acto puramente instrumental tiene también consecuencias psicológicas (así, la ayuda en el trabajo puede ser una ayuda o una fuente de información y valoración, y no siempre positiva; necesitas ayuda y no eres autosuficiente, no tienes capacidad).

## II.2 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO

Adherencia es la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del TAR que permita mantener el cumplimiento riguroso del mismo con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación del agente infeccioso. Por lo tanto, la adherencia incorrecta no es solamente un porcentaje determinado a partir de las dosis de medicación no tomadas.

La adherencia a corto y largo plazo es el resultado de un proceso complejo que se desarrolla a través de diferentes etapas: la aceptación del diagnóstico, la percepción de la necesidad de realizar el tratamiento de forma correcta, la motivación para hacerlo, la disposición y entrenamiento de habilidades para realizarlo, la capacidad de superar las barreras o dificultades que aparezcan, y el mantenimiento de los logros alcanzados con el paso del tiempo.

Según la OMS, la adherencia al tratamiento se define como el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas; esta definición incluye los conceptos de cumplimiento por parte del paciente del régimen terapéutico prescrito, además de persistencia estricta del mismo a lo largo del tiempo. Esto debe suponer la aceptación por parte del paciente, el compromiso para iniciar y seguir su tratamiento en las condiciones pautadas.<sup>26</sup>

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

### II.3 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Se basa en diversos regímenes de terapia combinada (varios medicamentos) de corta duración formulados 1970 y 1980. La adherencia en el tratamiento de la tuberculosis es uno de los elementos claves para que se dé la curación de los portadores. La adherencia es concebida como un fenómeno complejo, desde la perspectiva de los trabajadores de la salud.

En este sentido, adherencia significa el cumplimiento y la asistencia permanente del paciente a la toma del medicamento. La adherencia está en el paciente y en la institución, dándole las facilidades para que tome el tratamiento, incluye la facilidad de acceso que se da en los horarios, la red de atención y la disponibilidad del tratamiento, entre otros.<sup>27</sup>

El tratamiento de la tuberculosis pulmonar se basa en diversas indicaciones como son: el tratamiento farmacológico propiamente dicho, las indicaciones de seguimiento en el control de la enfermedad, así como el tratamiento complementario que requiere el paciente. Según la Norma Técnica de Salud para el control de la Tuberculosis, existen 2 Esquemas de Tratamiento Farmacológico; el Esquema I y el Esquema II y otros tratamientos indicados para la tuberculosis Multidrogoresistente.

De acuerdo a los controles que se lleva en la tarjeta; el paciente debe ir a sus citas, consciente con los controles, reuniones, que haga las baciloscopías. La adherencia puede ser definida como la constancia escrita de la toma de los medicamentos, verificable en la ficha de tratamiento; es decir, asistencia a las actividades diagnósticas y terapéuticas que se establecen en el programa, que conscientemente, voluntariamente, asiste a los controles médicos.

La tuberculosis es una enfermedad considerada un problema de salud pública a nivel mundial por lo que requiere un alto nivel de adherencia para lograr el éxito del tratamiento. A principios de la década de los 90, se aplicó con éxito la estrategia DOTS, al respecto la OMS consideró su aplicación como una de las más exitosas estrategias del mundo. Teniendo en cuenta tres propiedades fundamentales de los medicamentos antituberculosos capacidad bacteriana, esterilizante y de prevenir la resistencia. La Isoniazida y la Rifampicina son consideradas como el núcleo básico del tratamiento contra la tuberculosis a lo que se le agregó posteriormente la Pirazinamida, todas estas son capaces de eliminar el bacilo de Koch en cualquier localización a nivel intracelular o extracelular.<sup>28</sup>

Los medicamentos según su uso tienen una clasificación, es decir se encuentran medicamentos de primera línea que se utilizan en pacientes nuevos, recaídas y abandonos, son altamente eficaces y de buena tolerancia para el paciente, entre ellos encontramos: Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida, Etambutol y Estreptomina.<sup>28</sup>

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

eliminar el moco y flema del enfermo depositarlos en una bolsa plástica, para luego ser quemada. <sup>29</sup>

### **ESQUEMA DE TRATAMIENTO UNO**

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

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

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

El Esquema de Tratamiento Uno, está dividido en dos fases:

Primera Fase: Inducción o bactericida

Implica la administración diaria, sirve para reducir rápidamente la población bacilar de crecimiento y multiplicación rápida y para prevenir la resistencia y el fracaso. El tiempo de duración es de dos meses durante esta fase se toman pastillas a diario excepto los domingos y feriados:

- Etambutol (3 tabletas)
- Isoniazida (3 tabletas)
- Rifampicina (2 capsulas)
- Pirazinamida (3 tabletas) <sup>30</sup>

## **Segunda Fase: Mantenimiento o esterilizante**

La administración de medicamentos dos veces a la semana. Incluye menor número de medicamentos, suficientes para conseguir la eliminación de bacilos persistentes y evitar así las recaídas. Cumpliendo todo el tratamiento se termina definitivamente con la enfermedad, dura cuatro meses y se necesita tomar las pastillas dos veces por semana, estas son Isoniacida (8 tabletas) y Rifampicina (2 cápsulas).<sup>30</sup>

Es importante que se garantice el cumplimiento total de las dosis programadas. Si por cualquier circunstancia se ha dejado de tomar algunas dosis, estas deben administrarse al final de la fase correspondiente hasta alcanzar la dosis de tratamiento completo (50 dosis en la primera fase y 32 dosis en la segunda fase).<sup>30</sup>

La eficacia terapéutica depende en gran medida de la voluntad y la capacidad del paciente para tomar los medicamentos de una forma regular, según lo prescrito. La toma esporádica de la medicación se asocia con fracaso terapéutico y desarrollo de cepas de M. Tuberculosis resistentes a los fármacos. Las reacciones adversas a fármacos antituberculosos (RAFAS) más frecuentes son: náuseas, dolores gástricos, insomnio, euforia, síndrome gripal y anorexia, pero se presentan otras reacciones que se presenta según cada fármaco del tratamiento, se puede presentar.<sup>30</sup>

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

- En el caso de presentarse una RAFA, el paciente o familia debe comunicarlo de inmediato al médico tratante.<sup>30</sup>

En los últimos años han surgido cambios importantes en el trabajo operativo para el control eficiente de la TBC, para ello fue necesario que se convoque a profesionales y técnicos con experiencia de campo tratando de mejorar los conocimientos y destrezas de los trabajadores de establecimiento de salud, estableciendo compromisos que permitan activar una cultura en la calidad de la atención.

## **INDICACIONES DE SEGUIMIENTO**

En tal efecto para el éxito del tratamiento contra la tuberculosis, no solo es la adherencia estricta al tratamiento farmacológico, sino a su vez cumplir con las indicaciones de seguimiento, el régimen de indicación por el equipo de salud. En la atención médica a la persona con tuberculosis que sigue el esquema de tratamiento Uno, se realizara como mínimo tres consultas médicas.<sup>30</sup>

### **Consultas Médicas**

- “La primera consulta se realiza al inicio del tratamiento, en donde se brinda las principales indicaciones sobre el tratamiento, posibles efectos adversos, control bacteriológico mensual.”
- “La segunda consulta se realiza al cambio de fase donde se continúa con el seguimiento del caso a través de la evaluación clínica, bacteriológica y radiológica”.
- “La tercera consulta se dará en el alta del paciente. Se brinda otras consultas o evaluaciones especiales cuando existe



irregularidad en el tratamiento, riesgo de abandono presentación de RAFAS”.

En la atención médica el diagnóstico de la tuberculosis descansa en diferentes pilares de diferente importancia clínica, como son:

- La baciloscopia en una muestra de esputo es un diagnóstico seguro en enfermos sintomáticos, además de ser simple, rápido, específico y de bajo costo.
- Estudios radiológicos, es un método sensible para el diagnóstico de TB pulmonar, pues certifica en forma conjunta con la baciloscopia la enfermedad.

En relación al rol del profesional de enfermería en la ESN-PCT, es responsabilidad del enfermero(a), la atención a los pacientes con tuberculosis es integral e individualizada dirigida al paciente, su familia y la comunidad y pone énfasis en la educación, control y seguimiento del enfermo con tuberculosis y sus contactos, con la finalidad de contribuir a la disminución de la morbimortalidad. Las actividades de enfermería para seguimiento de casos están:

- **Entrevista de Enfermería.-** Es una de las actividades de la atención integral e individualizada, debe realizarse con calidad y calidez a la persona enferma de tuberculosis y su familia, con fines de educación, control, y seguimiento. Tiene como objetivos educar al paciente y su familia sobre la enfermedad, formas de contagio, importancia del tratamiento supervisado y la baciloscopía de control mensual, contribuir a la adhesión del paciente al tratamiento mediante una buena comunicación, indagar sobre antecedentes de tratamiento. <sup>30</sup>

- **Visita Domiciliaria.-** Esta actividad consiste en acudir al domicilio del enfermo de tuberculosis con la finalidad de educar al paciente y su familia. Deberá ser dentro de las primeras 48 horas de realizado el diagnóstico. Tiene como objetivos educar al paciente y su familia, identificar problemas de salud y brindar alternativas de solución, contribuir al éxito del tratamiento recuperando al paciente inasistente, completar el seguimiento de casos en tratamiento y optimizar el control de contactos.<sup>30</sup>

El profesional de enfermería es responsable de garantizar la correcta administración del tratamiento antituberculoso, estrictamente supervisado y ambulatorio. Se asegurará de que el paciente ingiera los medicamentos en una sola toma al día en todos los servicios de salud. Existen factores que están asociados a la adherencia del tratamiento antituberculoso entre los cuales se menciona: los relacionados a la interacción del personal de salud con el paciente, al régimen terapéutico, las características de la enfermedad y los aspectos psicosociales del paciente.<sup>31</sup>

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

- **Relación personal de salud –paciente.-** Debe estar basada en la confianza y respeto, considerando que el tratamiento contra la tuberculosis es de meses, si el paciente confía es más probable que siga las indicaciones y consejos, así como manifieste sus dudas y temores.
- **Régimen terapéutico.-** Constituye otra de las determinantes para el establecimiento de una adecuada adherencia terapéutica. Los aspectos que ejercen una mayor influencia en el tratamiento contra la tuberculosis son: la dosificación, y los efectos secundarios de los medicamentos. <sup>31</sup>

En el caso del tratamiento de esquema uno, se sigue regímenes de multidosis, según las fases del esquema, son entre diez y once pastillas que el paciente debe ingerir en una sola toma.

- **Duración del tratamiento.-** Según el esquema en referencia son seis meses de tratamiento, por lo que en relación a la conducta de cumplimiento, las tasas de adherencia disminuiría a medida que la terapia se alargaba. Los pacientes con Tuberculosis, se encuentran más vulnerables a las reacciones adversas, por la dosificación de medicamentos así como por el tiempo prolongado del tratamiento.
- **Reacciones adversas.-** Las reacciones adversas como son los síntomas en el tratamiento son claves para la acción y como reforzadores de la adherencia. El paciente con Tuberculosis que por lo general experimenta un conjunto particular de síntomas al inicio de la enfermedad; al inicial el esquema de tratamiento, durante la primera fase puede disminuir drásticamente los síntomas, se siente aliviado, asintomático y pone en riesgo la adherencia al tratamiento. <sup>31</sup>

## **ROL DE LA ENFERMERA EN ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

El cumplimiento o el abandono del tratamiento contra la TBC, depende de una suma de factores como el conocimiento y las creencias del enfermo en torno a la TBC, sus expectativas de curación, los beneficios y/o perjuicios que le ocasiona el proceso de tratamiento, la oportunidad e idoneidad del mismo, la calidad de atención recibida en el establecimiento, así como otros medios de apoyo o soporte afectivo, familiar y comunitario.

En las normas técnicas de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESN-PCT), 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. La atención de enfermería enfatiza la educación, control del tratamiento y seguimiento de la persona con tuberculosis y sus contactos, con la finalidad de contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad por tuberculosis. <sup>32</sup>

La enfermera realiza diversas acciones dentro del PCT, una ellas es la entrevista que debe realizarse, al inicio, al cambio de fase y al término del tratamiento cuyos objetivos es educar a la persona con TBC y familia, sobre su enfermedad, formas de contagio, importancia del tratamiento y baciloscopía; establecer canales de comunicación y responsabilidad compartida con la persona con tuberculosis y la familia; con el fin de garantizar la adherencia al tratamiento, planificar intervenciones, identificar en el paciente conductas de riesgo para TB MDR, realizar un trabajo de consejería, y detectar precozmente RAFAS (reacciones adversas). 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.

Mientras que la visita domiciliaria como seguida acción de enfermería, consiste en acudir al domicilio del paciente con tuberculosis con la finalidad de educar al mismo 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 que lo administra y el establecimiento de salud.

En todos los establecimientos de salud donde se atiendan como mínimo 24 personas con TBC por año, debe implementarse un sistema de tarjetero con separadores para las tarjetas de administración de medicamentos. Asimismo, la enfermera realiza la administración de quimioprofilaxis a los contactos del paciente con tuberculosis, el cual consiste en la administración de isoniacida a personas con riesgo de desarrollar la tuberculosis.

Según la teórica Peplau, el apoyo familiar, es un proceso significativo, terapéutico e interpersonal que actúa de forma conjunta con otros procesos humanos que posibilitan la salud. Es una relación humana entre un individuo que está enfermo o que siente una necesidad y un familiar que está preparado para reconocer y responder a la necesidad de ayuda. Para Peplau, el familiar consigue sus metas mediante la promoción del desarrollo de las habilidades del paciente para afrontar los problemas y conseguir un estado saludable; un proceso mutuo y de cooperación que intenta resolver el problema (interacción familiar – paciente).

Ella contempla el proceso de ayuda como una serie de pasos secuenciales que se centran en las interacciones terapéuticas. Incluye la utilización de las técnicas de resolución de problemas por los familiares y el paciente.

Peplau se centró en el desarrollo de la relación terapéutica o de apoyo familiar como proceso básico y buscó proporcionar una relación que pudiera hacer que la persona permaneciese sana. Realizar esto de una manera eficaz significa que los familiares deben aprender a sobrellevar o asistir a un paciente para ayudarles a comprender en qué consisten los problemas y modo en que estos problemas pueden solucionarse.

La capacidad del individuo es lo que denomina Dorotea Orem, como capacidad de agencia de autocuidado, que implica un proceso de participación dinámico por parte de las personas en el cuidado de su propia salud. Proceso mediante el cual la persona discierne sobre los factores que deben ser controlados o tratados para autorregularse, decide lo que puede y debería hacer con respecto a ésta regulación, valora y reflexiona sobre sus capacidades específicas para comprometerse, implícita aquí la responsabilidad en el cuidado de su propia salud, y finalmente realiza acciones psicomotoras.<sup>33</sup>

El objetivo principal de estas decisiones y acciones reflexionadas es satisfacer las necesidades de autocuidado a lo largo del tiempo y/o en situaciones de alteración del estado de salud; relacionadas con el estado de salud y adherencia al tratamiento farmacológico. La adherencia es un factor importante susceptible de ser modificable y que compromete los resultados en los tratamientos instaurados: la falta de adherencia y a las recomendaciones sobre cambios en el estilo de vida, conduce a un comportamiento contrario al autocuidado. La adherencia comprende acciones de autocuidado complejas que resultan de recibir orientación acerca del tratamiento que implica cambios en el estilo de vida. Para su éxito requiere de procesos cognitivos de razonamiento y toma de decisiones reflexionadas.<sup>34</sup>

Las teorías de Enfermería seleccionadas para el trabajo de investigación pretenden establecer un marco conceptual para el rol de la Enfermería frente a las necesidades del paciente con tuberculosis pulmonar en tratamiento, enfatizando dos aspectos importantes la relación terapéutica y la enseñanza y logro del autocuidado, procurando que el paciente asuma la responsabilidad de su tratamiento y salud.

## **II.c. HIPÓTESIS**

### **Hipótesis global**

$H^0$  = No existe relación significativa entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes con Tuberculosis Pulmonar en el Centro de Salud “San Cosme” – La Victoria 2016.

$H^1$  = Existe relación significativa entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes con Tuberculosis Pulmonar en el Centro de Salud “San Cosme” – La Victoria 2016.

### **Hipótesis derivadas**

- a) El apoyo familiar en pacientes con Tuberculosis Pulmonar es regular en el Centro de Salud “San Cosme” – La Victoria en las dimensiones afectivas e instrumental.
- b) Existe un número significativo de sin adherencia al tratamiento en pacientes con Tuberculosis Pulmonar en el Centro de Salud “San Cosme” – La Victoria, respecto al tratamiento farmacológico e indicaciones de seguimiento.

## **II.d. VARIABLES**

- Variable Independiente: Apoyo familiar
- Variable Dependiente: Adherencia al tratamiento



## II.e. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

- **Apoyo familiar.-** Es la ayuda afectiva, emocional e instrumental que proporciona la familia al paciente con tuberculosis para adaptarse al proceso de la enfermedad.
- **Adherencia al tratamiento.-** Es cuando el paciente está siguiendo el curso recomendado del tratamiento, tomando todos los medicamentos prescritos durante todo el tiempo que sea necesario, realizando los exámenes y pruebas de control; asimismo, que está cumpliendo las medidas de control de la Tuberculosis Pulmonar y ejerciendo sus derechos y deberes como persona con Tuberculosis Pulmonar.
- **Paciente adulto con Tuberculosis Pulmonar.-** Es la persona con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, mayor de 18 años registrado en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis Pulmonar en el Centro de Salud “San Cosme” de la Victoria.

## **CAPÍTULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION**

### **III.a. TIPO DE ESTUDIO**

El presente estudio fue de tipo cuantitativo porque las variables se expresaron numéricamente. El método de investigación que se utilizó fue descriptivo; porque se determinó la situación de las variables apoyo familiar y adherencia al tratamiento, de corte transversal, porque el estudio se realizó en un período de tiempo de enero a junio del 2016; correlacional porque estableció el grado de relación entre ambas variables de estudio; y retrospectivo, porque se buscó las tarjetas de control para verificar el control de la adherencia al tratamiento antituberculoso.

### **III.b. ÁREA DE ESTUDIO**

Centro de Salud “San Cosme” de la Victoria, está ubicado en la Av. Bauzate y Meza N° 2300, de la Red de Salud Lima Ciudad de la DISA V LC, del Ministerio de Salud. Tiene por finalidad contribuir a Mejorar, Prevenir y Proteger el nivel de Salud de la población de su jurisdicción.

Presenta tres ambientes de dos pisos el primer ambiente se encuentra la farmacia, oficina de RRHH, consultorio de inmunizaciones y tóxico; en el 2º piso hay una nueva construcción donde se ubica el laboratorio de procesamiento del examen de BK de esputo.

El segundo ambiente en la primera planta se ubica los consultorios, admisión y triaje, situado en el 2º piso ocupado por la Estrategia de Salud de prevención y control de la Tuberculosis. El tercer

ambiente se ubica los consultorios de odontología, obstetricia, laboratorio, nutrición y Rayos X y en el 2º piso es donde se ubica la jefatura, estadística y servicio social.

### **III.c. POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población para este estudio estuvo constituida por 60 pacientes con tuberculosis pulmonar del Centro de Salud “San Cosme” de la Victoria, durante el período de enero a junio del año 2016. No se empleó muestreo probabilístico, por ser una población muy pequeña los pacientes con adherencia al tratamiento de tuberculosis; por lo tanto, se trabajó con toda la población de 60 pacientes.

#### **III.c.1. Criterios de Inclusión**

- Pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar mayores de 19 años y menores de 60 años.
- Pacientes con tuberculosis pulmonar de ambos sexos.
- Pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.

#### **III.c.2. Criterios de exclusión**

- Pacientes con tuberculosis pulmonar con alguna alteración sensorial o mental que impida responder el cuestionario.
- Quienes no desean participar voluntariamente en el estudio.

### **III.d. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La técnica aplicada en el estudio fue la encuesta y el análisis documental, con sus instrumentos correspondientes. El cuestionario para recolectar datos generales y de apoyo familiar. La ficha de recolección de datos para la identificación de la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis.

El instrumento apoyo familiar, es un cuestionario creado por Guillen Aguirre-Osorio Cruz, estructurado con 13 ítems con 4 opciones de respuesta de tipo escala de Likert: Nunca 1, A veces 2, y Siempre 3, el cual está estructurado en las siguientes dimensiones: Apoyo afectivo, Apoyo emocional y Apoyo instrumental.

La ficha de recolección de datos para identificar adherencia al tratamiento en pacientes con TBC, está basado en la tarjeta de control de asistencia y administración de medicamento con esquema uno, que registrará el número de asistencias de la Estrategia Sanitaria Nacional de Control y Prevención de Tuberculosis durante la primera y segunda fase del tratamiento; serán llenados por la investigadora mediante la lista de chequeo y se valorará sin adherencia o con adherencia.

Asimismo, se realizó la validez de los instrumentos mediante la prueba de concordancia de juicio de expertos, donde se consultaron a profesionales calificados y con amplia experiencia sobre el tema; para hacer las posibles correcciones a fin de validar los ítems, el cual fue presentado mediante la Tabla de Concordancia de la Prueba Binomial.

Además, se calculó el nivel de confiabilidad del instrumento, mediante el cálculo del Alfa de Cronbach una vez realizado la prueba piloto a una población de 10 pacientes que se han adherido

al tratamiento de tuberculosis pulmonar en otra institución de salud con las mismas características del estudio.

### **III.e. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para llevar a cabo el procedimiento de recolección de datos se realizaron las siguientes actividades:

- Se gestionó el permiso a través de una solicitud dirigida al Director del Centro de Salud “San Cosme” de La Victoria, adjuntando el resumen del proyecto de estudio.
- Posteriormente, se solicitó el consentimiento informado a los pacientes con tuberculosis.
- Seguidamente se les informó a los pacientes, que su participación en el estudio fue confidencial y sus respuestas serán de uso exclusivo de las investigadoras.
- Una vez obtenido todos los permisos necesarios, se llevó a cabo la aplicación de la encuesta, para ser llenado el cuestionario en un tiempo aproximado de 15 a 20 minutos.

### **III.f. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

El procesamiento y análisis de los datos fue realizado mediante el uso del paquete estadístico SPSS 21.0 o Excel 2013, que fue seleccionado de acuerdo al total de la muestra, donde se hizo referencia a todos los ítems o preguntas de los cuestionarios.

Luego de la elaboración y la presentación de los resultados del estudio fueron presentados en cuadros y gráficos estadísticos para su respectivo análisis e interpretación de acuerdo a los indicadores de la variable, objetivo del trabajo y el marco teórico.

## CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

### IV.a. RESULTADOS

**TABLA 1**

**DATOS GENERALES DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS  
PULMONAR EN EL CENTRO DE SALUD “SAN COSME”  
JUNIO – 2016**

DATOS GENERALES	CATEGORÍAS	n	100%
EDAD	20 a 39 años	47	78.3
	40 a 59 años	07	11.7
	60 a más años	06	10.0
SEXO	Masculino	32	53.3
	Femenino	28	46.7
PROCEDENCIA	Costa	44	73.3
	Sierra	12	20.0
	Selva	04	06.7
ESTADO CIVIL	Soltero(a)	32	53.3
	Casado(a)	14	23.3
	Conviviente	11	18.3
	Divorciado(a)	01	01.7
	Separado(a)	02	03.3
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Primaria	07	11.7
	Secundaria	50	83.3
	Superior	03	05.0

Los datos generales de los pacientes con tuberculosis pulmonar el mayor porcentaje son adultos jóvenes entre los 18 a 39 años 78.3% (47), varones 53.3% (32), procedentes de la costa 73.3% (44), solteros 53.3% (32) y de instrucción secundaria 83.3% (50).

**TABLA 2**

**APOYO FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN  
PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR  
CENTRO DE SALUD “SAN COSME”  
JUNIO - 2016**

		ADHERENCIA AL TRATAMIENTO				TOTAL	
		Sin Adherencia		Con Adherencia		n	%
		n	%	n	%		
<b>APOYO FAMILIAR</b>	<b>Malo</b>	10	16.7	04	06.7	<b>14</b>	<b>23.4</b>
	<b>Regular</b>	18	30.0	08	13.3	<b>26</b>	<b>43.3</b>
	<b>Bueno</b>	05	08.3	15	25.0	<b>20</b>	<b>33.3</b>
<b>TOTAL</b>		<b>33</b>	<b>55.0</b>	<b>27</b>	<b>45.0</b>	<b>60</b>	<b>100.0</b>

**Prueba Chi Cuadrado de Pearson,  $\alpha = 0.05$ , gl = 2**

**Si  $X^2$  calculado >  $X^2$  tabla  $\rightarrow$  Se rechaza la H0**

**P\_valor <  $\alpha$   $\rightarrow$  Existe relación entre variables**

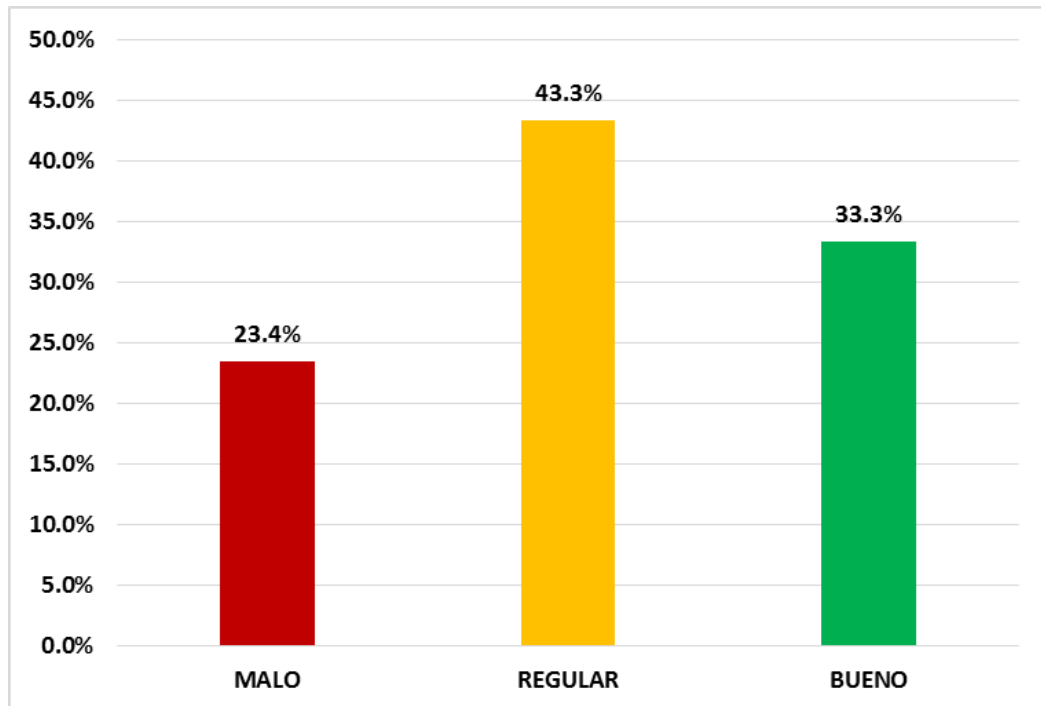
**$X^2$  calculado = 10.927 /  $X^2$  tabla = 5.99 / p\_valor = 0.004 /  $\alpha = 0.05$**

La Prueba Chi Cuadrado de Pearson: (10.927 > 5.99) y (0.004 < 0.05).  
Por lo tanto, existe relación significativa entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes con Tuberculosis Pulmonar en el Centro de Salud “San Cosme” – La Victoria 2016.



## GRÁFICO 1

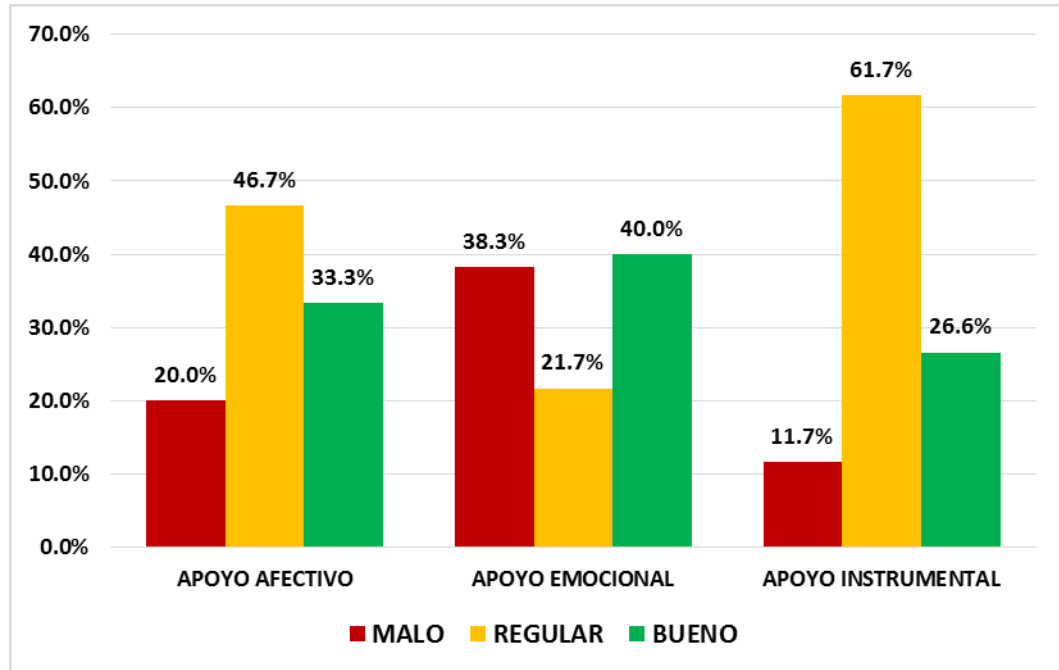
### APOYO FAMILIAR EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL CENTRO DE SALUD "SAN COSME" JUNIO - 2016



El apoyo familiar en los pacientes con tuberculosis pulmonar; es regular 43.3% (26), seguido de bueno 33.3% (20) y malo 23.3% (14).

## GRÁFICO 2

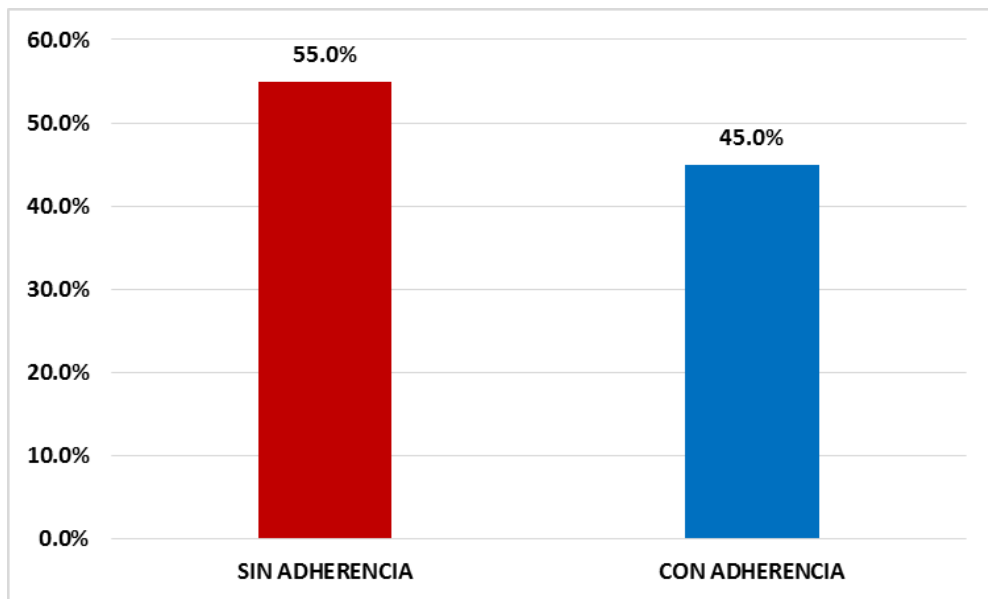
### APOYO FAMILIAR EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL CENTRO DE SALUD “SAN COSME” SEGÚN DIMENSIONES JUNIO - 2016



El apoyo familiar en la dimensión afectiva en los pacientes con tuberculosis pulmonar; es regular 46,7% (28), apoyo emocional es bueno 40,0% (24) y apoyo instrumental regular 61,7% (37).

### GRÁFICO 3

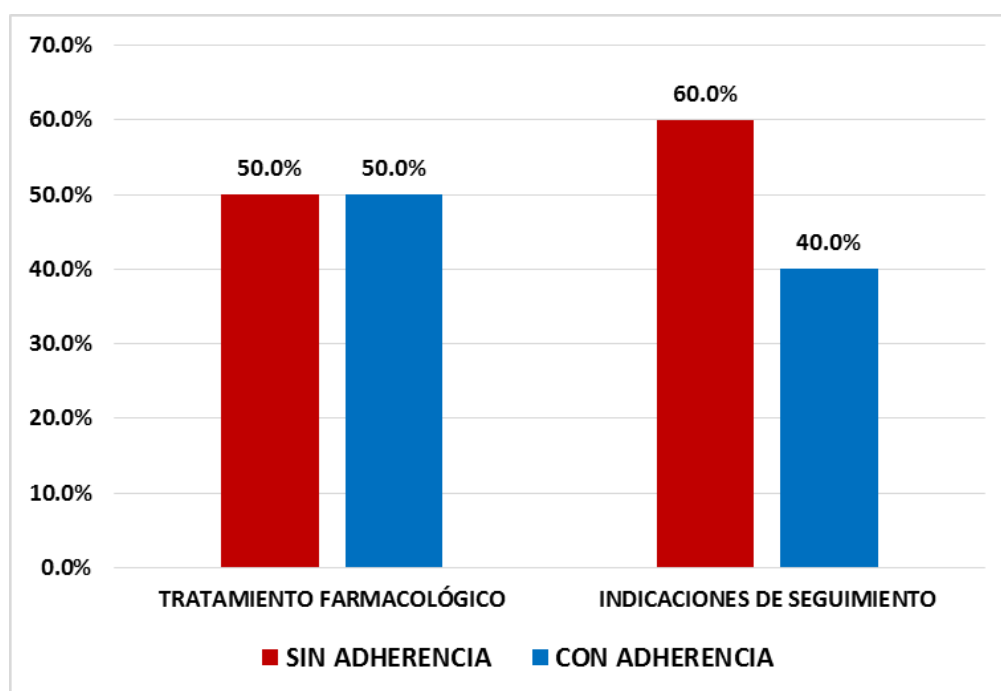
#### ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TBC PULMONAR EN EL CENTRO DE SALUD "SAN COSME" JUNIO - 2016



La adherencia al tratamiento en los pacientes con tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud "San Cosme" de La Victoria; es sin adherencia 55% (33) y con adherencia 45% (27).

#### GRÁFICO 4

### ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TBC PULMONAR EN EL CENTRO DE SALUD "SAN COSME" SEGÚN DIMENSIONES JUNIO - 2016



En el tratamiento farmacológico en los pacientes con tuberculosis pulmonar se muestran sin adherencia 50% y en indicaciones de seguimiento 60% (36).

## V.b. DISCUSIÓN

Según los datos generales de los pacientes con tuberculosis pulmonar que se encuestó se hallaron datos relevantes como: en su generalidad son adultos jóvenes entre los 18 a 39 años 78.3%, género masculino 53.3%, procedentes de la Costa 73.3%, estado civil solteros 53.3% y de grado de instrucción secundaria 83.3%. Estos datos con respecto a la edad son similares a los de Arrosi S; Herrero M; Greco A; Ramos S, ya que en su estudio de edad la mayoría tienen un promedio entre 25 a 34 años, en cuanto al género los resultados son similares a los de Mesèn M B, Blasco T, Galindo S, ya que en la mayoría reportan que son hombres, asimismo respecto al estado civil hay similitud a los de Tacuri M, ya que los resultados hallados la mayoría son solteros, respecto al grado de instrucción existe una gran similitud con los estudios de Gomez G, Lara M, Hernandez M, Gómez V, pues en ambas el grado de instrucción es la secundaria.

El apoyo familiar en los pacientes con tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud "San Cosme" de La Victoria; es regular con 43.3%, seguido de bueno con 33.3% y malo con 23.3%. Fue regular porque los familiares se preocupan por ellos, no los dejan solos, le dan apoyo espiritual, además les cuentan chistes y le acompañan a las consultas médicas. Fue bueno ya que con frecuencia sus familiares les dicen que les quieren, le animan a expresar sus sentimientos, cuando están enojados, tristes, o con miedo se muestran tolerantes, se informan acerca del tratamiento y evolución de su enfermedad. Fue malo porque los familiares no les motivan a seguir en el tratamiento, tampoco les animan a comer, y por último no les toman en cuenta en la toma de decisiones.

Según Arrossi<sup>10</sup>, para que el paciente continúe con el régimen terapéutico es la familia, generalmente la madre, la esposa o los

hijos son incentivo para que el paciente se hiciera responsable con los medicamentos, especialmente en casos donde el padre contagi6 a alguno de sus hijos o nietos. Por ende el apoyo familiar se constituye en uno de los recursos personales m1s importantes para paliar el efecto de la enfermedad, entendido como la valoraci6n cognitiva de estar conectado de manera fiable con otros, ha demostrado ser m1s importante y tener m1s impacto sobre la salud y bienestar que el apoyo social que se recibe.

El apoyo familiar percibido por el paciente con tuberculosis, conceptualizado en t6rminos cognitivos como la percepci6n de que se es amado y estimado por los dem1s, supone una percepci6n que promueve la salud, alivia el impacto de las enfermedades, afecta ben6ficamente a la salud integral del paciente. El apoyo afectivo en los pacientes con tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud "San Cosme" de La Victoria; es regular con 46,7%, fue regular porque los familiares se preocupan por ellos, no los dejan solos y evitan situaciones que le molesten. Fue bueno ya que con frecuencia sus familiares les dicen que les quieren. Fue malo porque los familiares no les motivan a seguir con el tratamiento y no les animan a comer.

Para Arriola<sup>15</sup>, la falta de apoyo familiar y no tener informaci6n b1sica sobre la enfermedad, se denota constantemente en todos los factores de fracaso al tratamiento la falta de apoyo familiar, siendo 6ste eje primordial, b1sica para la adherencia terap6utica del paciente con tuberculosis. En otro estudio Miranda, concluye que el rechazo de la familia influye en la adherencia y el abandono terap6utico, el miembro que m1s apoyo fue el esposo(a), el cambio por la preocupaci6n de la familia para que el paciente no abandone el tratamiento. Es por ello, necesario el trabajo integral tanto con el paciente tuberculoso y su familia, ya que al tener mayor soporte

emocional y motivación podrá realizar su tratamiento favorablemente y se curará de su enfermedad, además de ello, tendrá la confianza puesta en sus familiares quienes no lo abandonarán en el transcurso del tratamiento.

En cuanto, al apoyo afectivo, es brindar sentimientos de cariño, gestos de amor y consuelo que se trasmite a través de un proceso interactivo entre uno o más personas intensificando la relación entre los miembros de una familia, creando lazos para fortalecer la unión; estos sentimientos hacia la persona enferma, genera vínculos y transmite la satisfacción de ser amado(a), una sensación de confort espiritualmente. El apoyo emocional en los pacientes con tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud “San Cosme” de La Victoria; es bueno con 40.0%, esto podría evidenciar que los familiares le dan apoyo espiritual y además uno de los familiares le cuenta chistes o le hacen pasar un rato agradable. Fue malo ya que sus familiares no le toman en cuenta en la toma de decisiones. Fue regular porque sus familiares le animan a expresar sus sentimientos y cuando están enojados, tristes, o con miedo su familia se muestra tolerante.

Rotondo<sup>21</sup>, en la familia se procesa el mayor número y tipo de relaciones con aspectos significativos del proceso de salud–enfermedad–atención. Lejos de ser un mundo autónomo y aislado, es en sí mismo la unidad en la que, directa o indirectamente, repercuten las consecuencias de las crisis sociales, así como las representaciones colectivas que la sociedad construye alrededor de enfermedades específicas.

Las relaciones sociales “empoderan” a los individuos haciéndoles sentir que son parte de un orden social mayor, que son valorados, estimados y que pertenecen a una red de obligaciones recíprocas,

estimula la recuperación de la salud, induciendo al miembro de la familia promover en él o ella hábitos saludables en los pacientes con tuberculosis pulmonar.

El apoyo emocional, se compone de empatía, amor, cuidado, confianza, aumentando la autoestima, para disminuir el impacto de la enfermedad, pues ayuda a la persona enferma a superar y afrontar las situaciones negativas que impiden su recuperación tanto física como psicológicamente. Aparte de ello, los miembros de la familia, se convierten en un ente motivador, el cual mejora la aptitud de la persona enferma para lograr seguir con su tratamiento terapéutico, con el fin de concluir el régimen terapéutico para Continuar con sus expectativas trazadas en su vida.

El apoyo instrumental en los pacientes con tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud "San Cosme" de La Victoria; es malo con 11,7%, seguido de regular con 61,7%. Esto demuestra que probablemente los familiares no se informan acerca del tratamiento y evolución de su enfermedad. Fue regular ya que con frecuencia los familiares le acompañan a las consultas médicas. Fue bueno porque sus familiares les dan cuidados personales que requieren los pacientes.

Vera<sup>19</sup>, refiere que la familia, como principal fuente de apoyo social aporta el máximo apoyo instrumental, afectivo y emocional, por lo que su influencia es importante durante el curso del proceso de la enfermedad. La familia es un sistema en transformación, que mantiene su continuidad y crecimiento a través de un equilibrio dinámico entre homeostasis y cambio.

La estructura familiar se define como la organización de las interacciones familiares y debe ser capaz de adaptarse cuando las



circunstancias cambian. La familia es la fuente principal de apoyo social con que cuenta el enfermo crónico para afrontar con éxito los problemas a que da lugar la enfermedad, destacándose el papel de la cuidadora primaria, quien aporta el máximo apoyo instrumental.

Por ende el apoyo instrumental son las conductas de uno mismo para ayudar a la persona que lo necesita, esto consistiría en ayudar a la persona enferma que necesite de prestaciones de servicios, por ejemplo para terminar un trabajo, cuidar de alguien, ayudar con el cuidado de sí mismo, apoyarlo con las tareas domésticas, brindarle ayuda con su trabajo, brindarle compañía, ayudar económicamente por ejemplo, con su movilidad, los pagos de servicios domésticos, alimentos.

La adherencia al tratamiento en los pacientes con tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud “San Cosme” de La Victoria; es sin adherencia con 55% y con adherencia con 45%.

Por todo ello, el apoyo de la familia tiene vital importancia en la adherencia al tratamiento del paciente con tuberculosis pulmonar; esto se puede tomar como base de la no adherencia terapéutica la falta de conocimiento sobre la enfermedad. Hoy en día, se debe implementar estrategias didácticas de comprensión rápida para el paciente y su familia sobre la enfermedad de la tuberculosis y su tratamiento. Existe relación directa entre adherencia y el nivel de conocimientos de los pacientes con tuberculosis; es decir, que la no adherencia está presente en los pacientes que tienen nivel de conocimiento medio a bajo y quienes son adherentes al tratamiento tienen un nivel alto.

Según Arrossi <sup>10</sup>, la tendencia a abandonar el tratamiento de los pacientes con tuberculosis pulmonar se incrementa fuertemente

conforme aumentan la condición de indigencia, precariedad y marginalidad social, como en el caso de quienes están desempleados o tienen empleos muy precarios, los analfabetos, las personas que viven en la calle, pacientes alcohólicos y los adictos a las drogas. Es por ello, que la adherencia en el tratamiento de la tuberculosis es uno de los elementos claves para que se dé la curación de los portadores. La adherencia es concebida como un fenómeno complejo, desde la perspectiva de los trabajadores de la salud.

En este sentido, la adherencia significa el cumplimiento y la asistencia permanente del paciente a la toma del medicamento. La adherencia está en el paciente y en la institución, dándole las facilidades para que tome el tratamiento, incluye la facilidad de acceso que se da en los horarios, la red de atención y la disponibilidad del tratamiento, entre otros.

La adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes con tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud "San Cosme" de La Victoria; es sin adherencia con 50%. En la primera fase primer mes tuvo una asistencia de 24 pacientes y con más de una falta 36 pacientes; en la primera fase segundo mes tuvo una asistencia de 27 pacientes y con más de una falta 33 pacientes; y en la segunda fase con asistencia con más de una falta en el tercer, cuarto y quinto mes en 33 pacientes, y en el sexto mes fue en 36 pacientes.

Mesén<sup>11</sup>, concluye que existen muchos pacientes que quedan por 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 Pulmonar. Para Arriola, algunos factores asociados a la inasistencia del paciente al tratamiento antituberculoso son el hacinamiento; tipo de trabajo independiente; condición de trabajo eventual; ingreso económico bajo; falta de apoyo familiar y no tener información básica sobre la enfermedad.

Se denota constantemente en todos los factores de fracaso al tratamiento la falta de apoyo familiar, siendo éste eje primordial, básica para la adherencia terapéutica del paciente con tuberculosis. Por ende la adherencia es la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del tratamiento que permita mantener el cumplimiento riguroso del mismo con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral. Por lo tanto, la adherencia incorrecta no es solamente un porcentaje determinado a partir de las dosis de medicación no tomadas.

La adherencia a las indicaciones de seguimiento en los pacientes con tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud "San Cosme" de La Victoria; es sin adherencia con 60%. La asistencia de pacientes a la consulta médica al inicio del tratamiento y cambio de fase fue en 24 pacientes; así como la asistencia a la entrevista de enfermería al inicio del tratamiento y cambio de fase fue en 24 pacientes; en el control de examen farmacológico o entrega de resultados también al inicio del tratamiento y cambio de fase fue en 24 pacientes. Sin embargo, en la entrega mensual oportuna de la muestra de esputo fue solo en 24 pacientes: y la tendencia mensual de la curva ponderal o peso del paciente se incrementa también en solo 24 pacientes, se mantiene en 14 pacientes y disminuye en 22 pacientes.

En un estudio realizado por Sanz<sup>12</sup>, sobre el abandono del tratamiento antituberculoso en la población inmigrante concluye que es necesario mejorar los resultados del tratamiento antituberculoso en la población inmigrante. Para ello se debe mejorar la coordinación sanitaria en caso de desplazamiento y dirigir estrategias que faciliten el cumplimiento del tratamiento entre las personas que no conviven con sus familiares.

Por ende la adherencia a corto y largo plazo es el resultado de un proceso complejo que se desarrolla a través de diferentes etapas: la aceptación del diagnóstico, la percepción de la necesidad de realizar el tratamiento de forma correcta, la motivación para hacerlo, la disposición y entrenamiento de habilidades para realizarlo, la capacidad de superar las barreras o dificultades que aparezcan, y el mantenimiento de los logros alcanzados con el paso del tiempo.

El rol del profesional de Enfermería está enmarcado en la promoción de la salud en el nivel primario, las actividades tienen que incluir a la familia del paciente, para el logro del éxito del tratamiento contra la tuberculosis pulmonar, por la importante relación e influencia que ejerce en el paciente, que se enfrenta a una enfermedad que aunque curable es estigmatizada a nivel social.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **V.a. CONCLUSIONES**

Las conclusiones finales derivadas del estudio fueron:

- Existe relación significativa entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes con Tuberculosis Pulmonar en el Centro de Salud “San Cosme” La Victoria junio 2016, se acepta la hipótesis planteada.
- El apoyo familiar en pacientes con Tuberculosis Pulmonar es regular en las dimensiones afectivas e instrumental, se acepta la hipótesis planteada.
- Hay un número significativo sin adherencia al tratamiento en pacientes con Tuberculosis Pulmonar respecto al tratamiento farmacológico e indicaciones de seguimiento, se acepta la hipótesis planteada.

## V.b. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones derivadas del estudio fueron:

- En el Centro de Salud “San Cosme” de La Victoria, se implementen programas de sesiones educativas dirigidos a los pacientes, familiares y público en general sobre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar.
- El profesional de Enfermería implemente actividades educativas orientadas a promover el aprendizaje del paciente utilizando metodologías educativas innovadoras que permitan al paciente y favorecer a que la familia tenga una participación activa en el afrontamiento eficaz del tratamiento.
- Conformación de grupos de apoyo familiar para pacientes que padecen tuberculosis, a fin de lograr un mayor éxito en la adherencia al tratamiento.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Organización Mundial de la Salud. La tuberculosis es un grave problema de salud pública. Ginebra: OMS; 2012.
- (2) Organización Mundial de la Salud. Prevalencia mundial de la tuberculosis en el mundo. Ginebra: OMS; 2012.
- (3) Organización Panamericana de la Salud. Incidencia de la tuberculosis en América Latina. Washington: OPS; 2012.
- (4) Ministerio de Salud del Perú. Proporción de abandono al tratamiento de la tuberculosis en el Perú. Lima: MINSA; 2012.
- (5) Estrategia Sanitaria Nacional. Programa de Control de Tuberculosis (PCT). Determinantes que propician el abandono del tratamiento tuberculoso. Lima: ESN; 2012.
- (6) Abandono de tratamiento de TBC. [Internet] Madrid; 2011 [Consultado 12 de Julio 2013]. Disponible en: <http://www.scielo.com>
- (7) Dirección General de Epidemiología. Análisis de la situación epidemiológica de la tuberculosis en el Perú. 2015 [en línea] Lima: 2015 [acceso 2 de marzo 2016] Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/tbc/asistbc.pdf>
- (8) Vega A, González E. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. [Internet]. Madrid: 2009 [Consultado 15 de Julio 2013]. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/66351/63971>.
- (9) Ministerio de Sanidad y Política Social, editor. Plan para la Prevención y el Control de la Tuberculosis en España [Internet].

Madrid; 2008. [Consultado el 19 de Agosto de 2013]. Disponible en:  
<http://www.msps.es>

- (10) Arrossi S, Herrero M, Greco A, Ramos S. Factores asociados a la no-adherencia al tratamiento de la tuberculosis. [Tesis] Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) y Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET); 2012.
- (11) Mesén M, Chamizo H. Los determinantes del ambiente familiar y la adherencia al tratamiento de la tuberculosis. [Tesis] San José: Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social; 2011.
- (12) Sanz B, Blasco T, Galindo S. Abandono del tratamiento antituberculoso en la población inmigrante: la movilidad y falta de apoyo familiar. [Tesis] Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 2011.
- (13) Gómez G, Lara M, Hernández M, Gómez V. Apoyo familiar y la adherencia al tratamiento por el paciente con tuberculosis pulmonar. [Tesis] Guadalupe: Instituto Mexicano de Seguridad Social; 2010.
- (14) Tacuri M. Relación entre adherencia y nivel de conocimientos sobre el tratamiento de los pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Primavera. [Tesis]. El Agustino: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2010.
- (15) Arriola P, Castillo T, Quispe G, Torres C. Factores asociados a la asistencia del paciente al tratamiento antituberculoso. [Tesis] Puente Piedra: Universidad Nacional Cayetano Heredia; 2010.



- (16) Miranda B, Puente M, Ramos E. Factores asociados a la adherencia y el abandono del tratamiento de la tuberculosis pulmonar. [Tesis] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010.
- (17) Vinancia S, Quiceño J, Fernández H, Pérez B, Sánchez M, Londoño A. Calidad de vida relacionado con la salud y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de TBC. Medellín: Universidad de San Buenaventura de Medellín; 2008.
- (18) Marín F, Rodríguez M. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. Distrito Federal: Revista de Salud Pública de México; 2009.
- (19) Vera P, Estrada A. Influencia social y familiar en el comportamiento del paciente con VIH/SIDA ante su diagnóstico y manejo. Distrito Federal: Revista Hospital de Juárez; 2009.
- (20) Pineda A, Alvarado B. Metodología de la investigación. Washington: OPS; 2010.
- (21) Rotondo H. Personalidad, Dilemas y vida familiar de grupos mestizos. Lima: MINSA; 2009.
- (22) Ministerio de salud del Perú. Vivir la tuberculosis. Lima;: MINSA; 2009.
- (23) Keredert S. Relación entre conocimiento y actitudes que tienen los pacientes del esquema dos del programa de tuberculosis hacia su enfermedad en el centro de salud Materno Infantil Tablada de Lurín. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010.

- (24) Gotuzzo E. Conferencia: TBC Multirresistente en Latinoamérica. XII Congreso Panamericano de Infectología. Lima. MINSA; 2009.
- (25) Ministerio de salud del Perú. Actualización de la doctrina, normas y procedimientos para el control de la tuberculosis en el Perú. Lima: MINSA; 2011.
- (26) Organización Mundial de la Salud. Adherencia al tratamiento a largo plazo. Ginebra: OMS; 2013.
- (27) Muñoz A, Cruz Ó, Rubiano Y. Trabajadores de la salud y sus significados en torno a la adherencia al tratamiento de la tuberculosis. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2012.
- (28) Muñoz A, Bertolozzi M. Percepción de los trabajadores de salud de unidades básicas de salud de Sao Paulo sobre la tuberculosis. Sao Paulo: Revista de Enfermería; 2012.
- (29) Ministerio de salud del Perú. El tratamiento farmacológico de la tuberculosis es gratuito, la administración es supervisada y en forma ambulatoria Lima. MINSA; 2013.
- (30) Ministerio de Salud del Perú. Normas y procedimientos para el control de la tuberculosis en el Perú. Documento normativo de referencia nacional. Lima: MINSA; 2012.
- (31) Ministerio de Salud del Perú. Tuberculosis en el Perú. Nuevos paradigmas ante el nuevo milenio. Lima: Dirección de Salud de las Personas /Programa de Control de la Tuberculosis; 2012.
- (32) Norma Técnica de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis. Rol de la enfermera en adherencia al tratamiento. Lima: ESN – PCT; 2012.

- (33) Fundamentación teórica. Modelo de Orem. Disponible en:  
[www.uvisa.cl](http://www.uvisa.cl)
- (34) Guillen Aguirre N, Osorio Cruz E. Apoyo Familiar a paciente con  
cáncer [tesis] Universidad Veracruzana. México; 2010.

## BIBLIOGRAFÍA

- Arrossi S, Herrero M, Greco A, Ramos S. Factores asociados a la no-adherencia al tratamiento de la tuberculosis. [Tesis] Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) y Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET); 2012.
- Estrategia Sanitaria Nacional. Programa de Control de Tuberculosis (PCT). Determinantes que propician el abandono del tratamiento tuberculoso. Lima: ESN; 2012.
- Mesén M, Chamizo H. Los determinantes del ambiente familiar y la adherencia al tratamiento de la tuberculosis. [Tesis] San José: Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social; 2011.
- Ministerio de Salud del Perú. Proporción de abandono al tratamiento de la tuberculosis en el Perú. Lima: MINSA; 2012.
- Ministerio de salud del Perú. Vivir la tuberculosis. Lima;: MINSA; 2009.
- Organización Mundial de la Salud. Prevalencia mundial de la tuberculosis en el mundo. Ginebra: OMS; 2012.
- Organización Panamericana de la Salud. Incidencia de la tuberculosis en América Latina. Washington: OPS; 2012.
- Pineda A, Alvarado B. Metodología de la investigación. Washington: OPS; 2010.
- Rotondo H. Personalidad, Dilemas y vida familiar de grupos mestizos. Lima: MINSA; 2009.

# **ANEXOS**



VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	Adherencia es la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del TAR que permita mantener el cumplimiento riguroso del mismo con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación del agente infeccioso.	Es cuando el paciente está siguiendo el curso recomendado del tratamiento, tomando todos los medicamentos prescritos durante todo el tiempo que sea necesario, realizando los exámenes y pruebas de control; asimismo, que está cumpliendo las medidas de control de la Tuberculosis Pulmonar y ejerciendo sus derechos y deberes como persona con Tuberculosis Pulmonar.	Tratamiento Farmacológico  Indicaciones de Seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Asistencia en la primera fase</li> <li>▪ Asistencia en la segunda fase</li>   <li>▪ Asistencia a la consulta médica</li> <li>▪ Entrevista de enfermería</li> <li>▪ Examen radiológico y entrega de resultado</li> <li>▪ Entrega de muestra de esputo</li> <li>▪ Control de la curva ponderal</li> </ul>



## ANEXO 2 INSTRUMENTO

### INTRODUCCIÓN:

Estimados usuarios, el presente estudio tiene como objetivo determinar la relación entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con tuberculosis pulmonar; por lo que su participación es muy importante, sin antes manifestarle que es estrictamente confidencial y será para uso de la investigadora y solo tiene validez para la parte de la investigación, por lo que se le pide la mayor sinceridad posible.

### INSTRUCCIONES:

Le agradeceremos marque con un aspa (X) la respuesta correcta:

### DATOS GENERALES:

Edad: \_\_\_\_ años

Sexo:

- a) Masculino
- b) Femenino

Procedencia:

- a) Costa
- b) Sierra
- c) Selva

Estado Civil:

- a) Soltero(a)
- b) Casado(a)
- c) Conviviente
- d) Divorciado(a)
- e) Separado(a)
- f) Viudo(a)



Grado de Instrucción:

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Superior

### APOYO FAMILIAR

<b>APOYO AFECTIVO</b>	<b>Nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>Siempre</b>
1. Con que frecuencia mi familia me dice que me quiere			
2. Mi familia me motiva para seguir con mi tratamiento			
3. Mi familia se preocupa en no dejarme solo(a) y pasar más tiempo conmigo			
4. Mi familia evitan situaciones que me molestan			
5. Mi familia me anima a comer			
<b>APOYO EMOCIONAL</b>	<b>Nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>Siempre</b>
6. Mi familia me anima a expresar mis sentimientos			
7. Cuando tengo enojo, tristeza, miedo a causa de mi enfermedad mi familia se muestra tolerante			
8. Mi familia me da apoyo espiritual hablándome de Dios			
9. Hay alguien de mi familia que me cuenta chistes o me hace pasar un rato agradable			
10. Mi familia me toma en cuenta en la toma de decisiones			
<b>APOYO INSTRUMENTAL</b>	<b>Nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>Siempre</b>
11. Con que frecuencia mi familia me acompaña a las consultas médicas			
12. Mis familiares se informan acerca del tratamiento y evolución de mi enfermedad			
13. Mi familia me da los cuidados personales que requiero			

Fuente: Cuestionario Tipo Escala de Likert de Apoyo Familiar (2010)  
 GUILLEN AGUIRRE NALLELY – OSORIO CRUZ ESPERANZA  
 ALPHA DE CRONBACH (0.87)

## INSTRUMENTO: FICHA DE REGISTRO

### ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

1. Asistencia a la administración del tratamiento farmacológico:

<b>PRIMERA FASE</b>	<b>1º Mes</b>	<b>2º Mes</b>
a) Asistencia diaria		
b) Asistencia con una falta		
c) Asistencia con dos faltas		
d) Asistencia con tres a más faltas		

2. Asistencia a la administración del tratamiento farmacológico:

<b>SEGUNDA FASE</b>	<b>3º Mes</b>	<b>4º Mes</b>	<b>5º Mes</b>	<b>6º Mes</b>
a) Asistencia dos veces por semana				
b) Asistencia con una falta				
c) Asistencia con dos faltas				
d) Asistencia con tres a más faltas				

3. Asistencia a consulta médica:

- a) Al inicio del tratamiento y al cambio de fase
- b) Solo al inicio del tratamiento
- c) Al cambio de fase

4. Asistencia a la entrevista de enfermería:

- a) Al inicio del tratamiento y al cambio de fase
- b) Solo al inicio del tratamiento
- c) Al cambio de fase

5. Control de examen radiológico / entrega de resultado:

- a) Al inicio del tratamiento y al cambio de fase
- b) Solo al inicio del tratamiento
- c) Al cambio de fase

6. Entrega mensual de muestra de esputo:

	<b>1º mes</b>	<b>2º mes</b>	<b>3º mes</b>	<b>4º mes</b>	<b>5º mes</b>	<b>6º mes</b>
a) Entrega oportuna						
b) Entrega temporal						
c) No entrega						

7.- Tendencia mensual de la curva ponderal – peso inicial:

<b>Tendencia \ Peso</b>	<b>1º mes</b>	<b>2º mes</b>	<b>3º mes</b>	<b>4º mes</b>	<b>5º mes</b>	<b>6º mes</b>
a) Incrementa						
b) Mantiene						
c) Disminuye						

Fuente: Ficha de Registro sobre el tratamiento del paciente con TBC (2010)  
MARTHA EMELIA TACURI TAIPE  
KUDER RICHARDSON (0.645)

### ANEXO 3

#### VALIDEZ DE INSTRUMENTOS – CONSULTA DE EXPERTOS

##### CONCORDANCIA ENTRE LOS JUECES EXPERTOS SEGÚN LA PRUEBA BINOMIAL

ITEMS	Nº DE JUECES					P
	1	2	3	4	5	
1	1	1	1	1	1	0.001
2	1	1	1	1	1	0.001
3	1	1	1	1	1	0.001
4	1	1	1	1	1	0.001
5	1	1	1	1	1	0.001
6	1	1	1	1	1	0.001
7	1	1	1	1	1	0.001
8	1	1	1	1	1	0.001
9	1	1	1	1	1	0.001
10	1	1	1	1	1	0.001
11	1	1	1	1	1	0.001
12	1	1	1	1	1	0.001
13	1	1	1	1	1	0.001
14	1	1	1	1	1	0.001
15	1	1	1	1	1	0.001

Se ha considerado:

0 = Si la respuesta es negativa

1 = Si la respuesta es positiva

$$p = 0.015 / 15 = 0.001$$

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

## ANEXO 4

### CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS – ESTUDIO PILOTO

#### ALFA DE CRONBACH

Para determinar la confiabilidad del cuestionario de la prueba piloto, se utilizó el coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach; cuya fórmula es:

$$\alpha = \frac{K}{(K - 1)} * \left( 1 - \frac{\sum S^2_i}{S^2_t} \right)$$

**Donde:**

K : Número de ítems o preguntas

S<sup>2</sup><sub>i</sub> : Varianza muestral de cada ítem.

S<sup>2</sup><sub>t</sub> : Varianza del total de puntaje de los ítems.

Para que exista confiabilidad del instrumento se requiere que el coeficiente “α” Cronbach sea mayor que 0.70 y menor que 1, por lo tanto se dice que el ítem es válido y el instrumento es confiable.

$$\alpha = \frac{13}{12} * \left( 1 - \frac{11.3}{49.4} \right)$$

$$\alpha = \frac{7}{6} * \left( 1 - \frac{0.88}{19.6} \right)$$

$$\alpha = 1.083 * 0.771 = 0.834993$$

$$\alpha = 1.17 * 0.955 = 0.99$$

#### APOYO FAMILIAR

#### ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Alfa de Cronbach	Nº de ítems
0.83	13

Alfa de Cronbach	Nº de ítems
0.91	13

## ANEXO 5

### INFORME DE LA PRUEBA PILOTO

La prueba piloto la cual se aplicó a una muestra de 20 pacientes con tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud “San Cosme” La Victoria. Se llevó a cabo el día 15 de mayo del 2016, con la coordinación del Director de la institución de salud. Los resultados fueron los siguientes:

Existe relación significativa entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes con Tuberculosis Pulmonar en el Centro de Salud “El Pino” – La Victoria 2016,  $X^2 = 7.963$ ,  $\alpha = 0.05$  y GL = 2.

**a) El apoyo familiar en pacientes con TBC Pulmonar en el CS “San Cosme”; fue malo en un 50%, regular 30% y bueno 20%.**

- El apoyo afectivo fue malo 50%, regular 30% y bueno 20%..
- El apoyo emocional fue malo 55%, regular 35% y bueno 10%.
- El apoyo instrumental fue malo 45%, regular 25% y bueno 30%.

**b) La adherencia al tratamiento en pacientes con TBC Pulmonar en el CS “San Cosme”; fue sin adherencia un 70% y con adherencia 30%.**

- En el tratamiento farmacológico fue sin adherencia 75% y con adherencia 25%.
- En las indicaciones de seguimiento fue sin adherencia un 65% y 35% con adherencia.

Al término de la realización de la prueba piloto y obtener como resultado los porcentajes ya presentados, se realizaron los siguientes cambios en el instrumento para la aplicación en el campo, fue mucho más adecuada. Por lo tanto, los resultados contribuyeron a establecer la validez y la confiabilidad del instrumento mediante pruebas estadísticas.

**ANEXO 6**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**RELACIÓN ENTRE EL APOYO FAMILIAR Y LA ADHERENCIA AL  
TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TBC PULMONAR  
EN EL CENTRO DE SALUD “SAN COSME”  
JUNIO - 2016**

Yo, SUSSAN TORRES GUTIERREZ, quien está realizando un estudio al que usted está permitiendo participar que trata de determinar la relación que existe entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes con Tuberculosis Pulmonar en el Centro de Salud “San Cosme” La Victoria 2016.

La investigación de estudio para lo cual usted ha manifestado su deseo de participar, habiendo dado su consentimiento informado se compromete con usted a guardar la máxima confidencialidad, de la información, así como le asegura que los hallazgos serán utilizados sólo con fines de investigación y no le perjudicarán en absoluto. Con su participación colaborará a que se desarrolle el presente estudio y los resultados servirán para mejorar deficiencias encontradas. Asimismo, se le recuerda que nadie le obliga a ser parte de ella; y no hay ningún inconveniente si decide no participar.

---

Firma del Familiar

## ANEXO 7 ESCALA DE ESTANONES

### APOYO FAMILIAR EN LOS PACIENTES ADULTOS CON TBC

Para la medición de la variable apoyo familiar en los pacientes con tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud “San Cosme” La Victoria, se utilizó la Escala de Stanones y la Campana de Gauss, usando una constante 0.75 dividiéndolo en tres categorías: malo, regular y bueno.

#### VARIABLE X: APOYO FAMILIAR

1. Se determinó el promedio = 28.62
2. Se calculó la desviación estándar (DS) = 9.15
3. Se establecieron los valores de a y b

$$a = x - 0.75 \text{ (DS)}$$

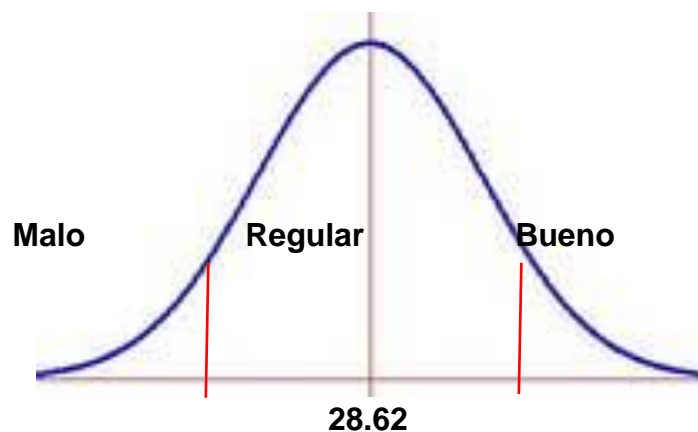
$$a = 28.62 - 0.75 \text{ (9.15)}$$

$$a = 28.62 - 6.86 = 21.76$$

$$b = x + 0.75 \text{ (DS)}$$

$$b = 28.62 + 0.75 \text{ (9.15)}$$

$$b = 28.62 + 6.86 = 35.48$$



## PUNTAJES DE RANGOS

<b>MALO</b>	<b>REGULAR</b>	<b>BUENO</b>
13 – 21	22 – 35	36 – 39

### DIMENSIÓN X1: APOYO AFECTIVO

1. Se determinó el promedio = 11.52
  2. Se calculó la desviación estándar (DS) = 3.42
  3. Se establecieron los valores de a y b
- $a = x - 0.75$  (DS)                       $b = x + 0.75$  (DS)  
 $a = 11.52 - 0.75$  (3.42)                       $b = 11.52 + 0.75$  (3.42)  
 $a = 11.52 - 2.57 = 8.95$                        $b = 11.52 + 2.57 = 14.09$

## PUNTAJES DE RANGOS

<b>MALO</b>	<b>REGULAR</b>	<b>BUENO</b>
05 – 08	09 – 14	15

### DIMENSIÓN X2: APOYO EMOCIONAL

1. Se determinó el promedio = 10.97
  2. Se calculó la desviación estándar (DS) = 3.64
  3. Se establecieron los valores de a y b
- $a = x - 0.75$  (DS)                       $b = x + 0.75$  (DS)  
 $a = 10.97 - 0.75$  (3.64)                       $b = 10.97 + 0.75$  (3.64)  
 $a = 10.97 - 2.73 = 8.24$                        $b = 10.97 + 2.73 = 13.70$



### PUNTAJES DE RANGOS

<b>MALO</b>	<b>REGULAR</b>	<b>BUENO</b>
05 – 08	09 – 13	14 – 15

### DIMENSIÓN X3: APOYO INSTRUMENTAL

1. Se determinó el promedio = 6.13
  2. Se calculó la desviación estándar (DS) = 2.54
  3. Se establecieron los valores de a y b
- $$a = x - 0.75 \text{ (DS)} \qquad b = x + 0.75 \text{ (DS)}$$
- $$a = 6.13 - 0.75 \text{ (2.54)} \qquad b = 6.13 + 0.75 \text{ (2.54)}$$
- $$a = 6.13 - 1.91 = 4.22 \qquad b = 6.13 + 1.91 = 8.04$$

### PUNTAJES DE RANGOS

<b>MALO</b>	<b>REGULAR</b>	<b>BUENO</b>
03 – 04	05 – 08	09

## ANEXO 8 MEDIA ARITMÉTICA

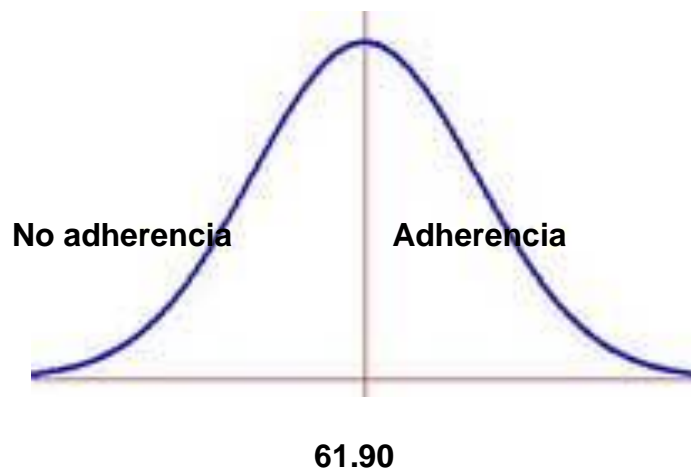
### ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES ADULTOS CON TUBERCULOSIS PULMONAR

Para la medición de la variable adherencia al tratamiento en los pacientes con tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud “San Cosme” La Victoria, se utilizó la Media Aritmética y la Campana de Gauss, dividiéndolo en dos categorías: sin adherencia y con adherencia.

#### VARIABLE Y: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

1. Se determinó el promedio = 61.90
2. Se establecieron los valores de a y b

$$\begin{array}{ll} a < X & b > X \\ a < 61.90 & b > 61.90 \end{array}$$



### PUNTAJES DE RANGOS

SIN ADHERENCIA	CON ADHERENCIA
21 – 62	63

### DIMENSIÓN Y1: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

1. Se determinó el promedio = 17.85
2. Se establecieron los valores de a y b

$$a < X$$

$$a < 17.85$$

$$b > X$$

$$b > 17.85$$

### PUNTAJES DE RANGOS

SIN ADHERENCIA	CON ADHERENCIA
06 – 17	18

### DIMENSIÓN Y2: INDICACIONES DE SEGUIMIENTO

1. Se determinó el promedio = 44.05
2. Se establecieron los valores de a y b

$$a < X$$

$$a < 44.05$$

$$b > X$$

$$b > 44.05$$

### PUNTAJES DE RANGOS

SIN ADHERENCIA	CON ADHERENCIA
15 – 44	45