



**UNIVERSIDAD MARÍA AUXILIADORA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS
PULMONAR QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD
COLLIQUE III ZONA, COMAS – 2021”**

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

PRESENTADO POR:

JORGE TOMAS RAMIREZ ZEGARRA

ASESOR:

Mg. MATTA SOLIS EDUARDO PERCY

LIMA – PERÚ

2021

Índice general

| | |
|---------------------------------|----|
| Resumen | 6 |
| Abstract | 7 |
| I. ... INTRODUCCIÓN..... | 8 |
| II. MATERIALES Y MÉTODOS..... | 16 |
| III. RESULTADOS..... | 21 |
| IV. DISCUSIÓN..... | 27 |
| BIBLIOGRAFICAS REFERENCIAS..... | 30 |
| ANEXO..... | 35 |

Índice de Anexos

| | |
|---|----|
| Anexo A. Operacionalización de la variable o variables | 16 |
| Anexo B. Instrumentos de recolección de datos | 17 |
| Anexo C. Consentimiento informado y/o Asentimiento informado | 20 |

Índice de tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Características sociodemográficas | 22 |
| Tabla 2. Resultados de la variable Funcionalidad Familiar y sus dimensiones | 23 |
| Tabla 3. Resultados de la variable Adherencia al tratamiento farmacológico | 24 |
| Tabla 4. Tabla de contingencia entre las variables Funcionalidad Familiar y Adherencia al tratamiento farmacológico y Pruebas de Chi-cuadrado | 25 |

Índice de gráficos

| | |
|---|----|
| Figura 1: Resultados de la variable Funcionalidad Familiar y sus dimensiones | 23 |
| Figura 2: Resultados de la variable Adherencia al tratamiento farmacológico | 24 |
| Figura 3: Frecuencias cruzadas de las variables Funcionalidad Familiar y Adherencia al tratamiento farmacológico | 25 |

Resumen

Objetivo: determinar la relación entre funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento terapéutica en pacientes con tuberculosis pulmonar que acuden al Centro de Salud Collique III Zona, Comas – 2021. **Materiales y métodos:** enfoque cuantitativo, diseño transversal y correlacional. La muestra estuvo conformada por 62 pacientes con tuberculosis pulmonar, del Centro de Salud Gustavo Lanatta, 2020. Los instrumentos utilizados fueron el APGAR familiar y una ficha de recolección de datos. **Resultados:** Respecto a la edad de los participantes del estudio, se determinó que la edad promedio fue 34,81 años, la mayoría (n=37) fueron de sexo femenino, con un 59,7%. Además, el 51,6% (n=32) fueron convivientes, En cuanto al grado de instrucción, el 53,2% (n=33) tuvieron secundaria completa, el 24,2% (n=15) tuvieron superior técnica completa. Se determinó que el 46,8% (n=29) tuvo buena funcionalidad, 19,4% (n=12) tuvo disfunción familiar leve, 25,8% (n=16) tuvo disfunción familiar moderada y el 8,1% (n=5) tuvo disfunción familiar severa. Se determinó que el 38,7% (n=24) fueron adherentes; mientras que, el 61,3% (n=38) fueron no adherentes al tratamiento de tuberculosis. Se encontró una relación estadística entre ambas variables, con un valor $p=0,04$. **Conclusiones:** Existe una relación entre funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento terapéutica en pacientes con tuberculosis pulmonar que acuden al Centro de Salud Collique III Zona, Comas – 2021

Palabras clave: funcionalidad familiar, adherencia, tuberculosis pulmonar

Abstract

Objective: to determine the relationship between family functionality and adherence to therapeutic treatment in patients with pulmonary tuberculosis who attend the Collique III Zona Health Center, Comas - 2021. **Materials and methods:** quantitative approach, cross-sectional and correlational design. The sample consisted of 62 patients with pulmonary tuberculosis, from the Gustavo Lanatta Health Center, 2020. The instruments used were the family APGAR and a data collection sheet. **Results:** Regarding the age of the study participants, it was determined that the average age was 34.81 years, the majority (n = 37) were female, with 59.7%. In addition, 51.6% (n = 32) were cohabiting. In terms of the level of education, 53.2% (n = 33) had completed secondary school, 24.2% (n = 15) had complete technical superior. It was determined that 46.8% (n = 29) had good functionality, 19.4% (n = 12) had mild family dysfunction, 25.8% (n = 16) had moderate family dysfunction and 8; 1% (n = 5) had severe family dysfunction. It was determined that 38.7% (n = 24) were adherent; while, 61.3% (n = 38) were non-adherent to tuberculosis treatment. A statistical relationship was found between both variables, with a p value = 0.04. **Conclusions:** There is a relationship between family functionality and adherence to therapeutic treatment in patients with pulmonary tuberculosis who attend the Collique III Zona Health Center, Comas – 2021

Key words: family functionality, adherence, pulmonary tuberculosis

I. INTRODUCCIÓN

Según publicación de la OMS del 2017, tuberculosis es una de las 10 principales causas de mortalidad en el mundo, en 2017, 10 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,6 millones murieron por esta enfermedad, se estima que en 2017 enfermaron de tuberculosis un millón de niños y que 230,000 niños murieron debido por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis* que se transmite por gotas microscópicas en la persona sana, ya que esta bacteria puede permanecer 72 horas aproximadamente en el aire (1).

Las OMS considera hasta la actualidad que la Tuberculosis sigue afectando con gran magnitud en la salud pública, debido a los factores sociales, ambientales existe un aumento de contraer la enfermedad, además, estimo un total de 30.000 contraer esta enfermedad de tuberculosis al año y casi todos los días 4 500 pierden la vida por esta enfermedad prevenible y curable que tiene un tratamiento efectivo y gratuito (2).

En América estimo que el 87% de los casos de Tuberculosis, se encontraron en diez países. Un poco más de la mitad se concentran en Brasil, Perú y México, concentraron el 87% afectado por esta enfermedad antigua, En Colombia en el 2009 hubo 11,671 casos de Tuberculosis y 9,632 eran tipo pulmonar, 2,039 tipo extra pulmonar, la tuberculosis en Colombia es 25,9 casos por 100,000 habitantes en Cali 2009, registraron 923 casos infectados de tuberculosis(3).

En el Perú mediante el informe de la resolución ministerial del 2018, confirmo que nuestro país ocupa el tercer lugar a nivel de la región de América. En la Libertad durante el año 2018 unas 118 personas con TBC sufrieron una recaída como consecuencia del abandono y/o el inadecuado tratamiento en su casa, 50 pacientes lograron recuperarse a tiempo, seis han fracasado en ese intento y 85% personas fallecieron (de esos 58 se atendieron en establecimiento del Ministerio de Salud (4).

Entre los años 2015, hubo 30,988 casos de Tuberculosis, fue una tasa menor de incidencia en los últimos 25 años, en la actualidad hay 87,6 nuevos casos de Tuberculosis pulmonar por 100 mil habitantes. La tasa de mortalidad general en 100 mil habitantes, estimo un total 3,7 en los últimos 3 años (5).

La OMS considera que el Perú existe mayor índice de casos Tuberculosis pulmonar, según publicación de la OMS en el año 2015 se produjeron 37 mil casos de Tuberculosis, con una incidencia 119 casos por cada 100 mil habitantes y 2500 defunciones por la enfermedad, entre lo notificado y estimaciones es frecuente en los países en desarrollo (6).

Este panorama, evidencia la magnitud del problema nivel mundial y nacional, por ello, es importante que todos los actores se encuentren involucrados en afrontar esta problemática para la lucha contra la tuberculosis. Uno de los actores que puede aportar, son los profesionales de enfermería, siempre y cuando cuenten con los conocimientos necesarios. Por sus características o su perfil, los profesionales de enfermería son las personas idóneas para participar en las medidas preventivas contra la lucha de tuberculosis.

García D.(7), en Lima – Perú, en 2019, en su estudio titulado “Funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar sensible atendidos en establecimientos de salud del distrito San Martín de Porres” cuyo objetivo fue determinar la relación entre ambas variables. El enfoque fue cuantitativo, diseño transversal y correlacional. la muestra estuvo integrada por 189 pacientes. los instrumentos utilizados fueron el test de Morisky Green y el APGAR familiar. Lo resultados mostraron que, el 10% tuvo buena función familiar, seguido de un 36% disfunción leve, moderada 38% y severa 16%. El 10% fueron adherentes al tratamiento. Se concluye que hubo una correlación entre ambas variables ($p < 0,05$).

Porras A.(8), en Lima-Perú, en 2018, en su tesis “Adherencia al tratamiento y su relación con la funcionalidad familiar en pacientes con tuberculosis en el centro de salud materno infantil Dr. Enrique Martin Altuna” cuyo objetivo fue determinar la

relación entre ambas variables. El enfoque fue cuantitativo, diseño transversal y correlacional. la muestra se conformó por 60 pacientes. los instrumentos fueron el test de Morsiky Green y el APGAR familiar. Los resultados mostraron que, el 53% fueron adherentes. El 47% tuvo buena funcionalidad, seguido de un 25% disfunción leve. Se concluyó que, existe una relación significativa entre ambas variables ($p < 0,05$).

Robles I. y colaboradores (9), en Lima-Perú, en 2016, en su tesis “Funcionalidad familiar en pacientes con tuberculosis pulmonar en zonas urbanas de Los Olivos” cuyo objetivo fue determinar el nivel de la variable. El enfoque fue cuantitativo, diseño transversal. La muestra se conformó por 30 pacientes. El instrumento fue el cuestionario APGAR familiar. Los resultados mostraron que, el 60% tuvo disfunción, de los cuales el 27% tuvo disfunción leve y el 30% moderada. Se concluyó que la mayoría presentó disfunción familiar.

Sahile Z. y colaboradores (10), en 2020, en Etiopía, en su estudio titulado “Factores que influyen en la adherencia del paciente al tratamiento de la tuberculosis en Etiopía: revisión de la literatura” cuyo objetivo fue describir los factores asociados a la adherencia al tratamiento. El diseño fue una revisión de la literatura. Se examinaron un total de 276 artículos y, finalmente, se incluyeron 29 artículos en la revisión. Hallazgos: Los factores extraídos se sintetizaron temáticamente en siete dimensiones de factores centrados en el paciente, social, económico, sistema de salud, terapia, estilo de vida y acceso geográfico. Se concluye que, ayudar a los pacientes a lograr una adherencia total a la medicación antituberculosa es un problema complejo, ya que está influenciado por la interacción entre muchos factores.

Dogah E. y colaboradores (10), en Ghana, en 2019, en su estudio titulado “Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de la tuberculosis en el distrito norte de Ketu de la región de Volta, Ghana” cuyo objetivo fue determinar los factores asociados. El enfoque fue cuantitativo, diseño transversal y correlacional. Se inscribieron en el estudio un total de 125 solicitantes de registro de TB. La mayoría (102 (81,6%)) se adhirió al régimen de tratamiento de la tuberculosis. El análisis de

regresión logística reveló que el sexo masculino tenía aproximadamente tres veces más probabilidades de estar asociado con la adherencia al tratamiento de la tuberculosis. Sin embargo, la disponibilidad de alimentos (, IC del 95% (0,848-5,753) ;) y el tamaño del hogar (, IC del 95% (0,195-1,483) ;) no se asociaron significativamente con la adherencia al tratamiento.

Arce F.(11), en Ecuador, en 2017, en su estudio “Calidad de vida y funcionalidad familiar en pacientes con tuberculosis de un establecimiento de salud” cuyo objetivo fue determinar la relación entre ambas variables. El enfoque fue cuantitativo, diseño transversal. La muestra se conformó por 72 pacientes. los instrumentos utilizados fueron el FF-SIL para evaluar la funcionalidad y el SF-33 para calidad de vida. Los resultados mostraron que, el 43% tuvo buena función familiar seguido de un 67% disfunción familiar. No hubo asociación significativa entre ambas variables ($p > 0,05$).

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa causada por el bacilo *Mycobacterium tuberculosis*. Es una de las infecciones bacterianas más peligrosas responsable de una considerable cantidad de casos de muerte en el mundo. El bacilo fue descubierto por Robert Koch en 1882. Hay varios informes que indican que la tuberculosis. A nivel patológico, es una infección infecciosa granulomatosa crónica. La infección se produce por aerosol y la inhalación de unas pocas gotas que contienen bacilos de *M. tuberculosis*. Después de la infección, se produce la patogénesis de *M. tuberculosis* en dos etapas. La primera etapa es un estado asintomático, estado que puede persistir durante muchos años, denominada latente hasta llegar a una fase activa (12).

La sintomatología de la tuberculosis es muy variada, Tos crónica, hemoptisis, pérdida de peso, fiebre baja y sudores nocturnos son algunos de los hallazgos físicos más comunes en la tuberculosis pulmonar. La tuberculosis secundaria difiere en la presentación clínica de la enfermedad progresiva primaria. En la enfermedad secundaria, la reacción tisular y la hipersensibilidad son más graves, y los pacientes generalmente forman cavidades en la parte superior de los pulmones. La

diseminación pulmonar o sistémica de los tubérculos puede verse en la enfermedad activa, y esto puede manifestarse como tuberculosis miliar caracterizada por lesiones en forma de mijo en la radiografía de tórax. La tuberculosis diseminada también puede verse en la columna vertebral, el sistema nervioso central o el intestino (13).

El diagnóstico de la Tuberculosis utiliza diversas pruebas que permiten incrementar la certeza en el diagnóstico. La reacción de Mantoux después de la inyección de una dosis de PPD (derivado de proteína purificada) es la prueba de detección tradicional para la exposición a la tuberculosis. El resultado se interpreta teniendo en cuenta el riesgo general de exposición del paciente. Los pacientes se clasifican en 3 grupos según el riesgo de exposición con tres puntos de corte correspondientes. Se considera que las personas con una probabilidad mínima de exposición tienen una prueba de Mantoux positiva solo si hay una induración muy significativa después de la inyección intradérmica de PPD. Se considera que el punto de corte para este grupo de personas (con un riesgo mínimo de exposición) es de 15 mm. Las personas con probabilidad intermedia se consideran positivas si la induración es mayor de 10 mm. Las personas con un alto riesgo de probabilidad de exposición se consideran positivas si la induración es mayor de 5 mm (14).

La familia es parte primordial de la comunidad, con su funcionalidad necesita proporcionar coherencia emocional e intelectual entre sus miembros, para crear condiciones para su crecimiento y desarrollo. El estudio de la funcionalidad familiar se asocia con una comprensión de las funciones de la familia que pueden establecerse en tres niveles: a nivel biológico: satisfacción de las necesidades sexuales y funciones reproductivas de la familia; nivel económico - funciones de producción y consumo, y en el nivel psicosocial - la función educativa de la familia, la función de socialización y el desarrollo de lazos emocionales entre sus miembros (15).

Según un enfoque sistémico de la familia, el funcionamiento familiar no puede entenderse como la suma del funcionamiento individual de los miembros de la familia. Dentro de este enfoque, la familia es un sistema compuesto por componentes del subsistema: el subsistema paternal y fraternal. A su vez, la familia es parte de los suprasistemas ambientales con los que intercambia energía e información (16).

Según Smilksenstein, la funcionalidad familiar se define como “capacidad del sistema familiar para promover el desarrollo integral de sus integrantes y mantener un estado de salud favorable, encontrándose satisfechos con el cumplimiento de las dimensiones básicas de la función familiar como adaptación, participación, ganancia, afecto y recursos”. Dicha definición utiliza el enfoque sistémico de la familia (17).

Comprender la función familiar es un aspecto importante de atención al paciente, sin embargo, no existen muchos instrumentos para su evaluación. Precisamente fue Smilkstein, quien creó uno de los instrumentos más ampliamente utilizados en las investigaciones sobre la dinámica familiar. Las preguntas en el instrumento APGAR familiar están diseñadas para permitir la medición cualitativa de la función familiar a través de 5 dimensiones (18).

Las personas con un mal manejo de la diabetes corren un mayor riesgo de desarrollar complicaciones micro y macrovasculares a largo plazo que conducen al daño de los órganos terminales como el riñón, el corazón, el cerebro y los ojos, afecta los costos de atención médica directos e indirectos y calidad de vida general. La adherencia terapéutica, se define como la medida en que el comportamiento de uso de medicamentos de una persona coincide con el consejo médico o de salud; para los pacientes con diabetes mellitus, el "comportamiento" es tomar agentes hipoglucemiantes orales o inyecciones de insulina, seguir las dietas, controlar la glucemia en el hogar y realizar varios cambios en el estilo de vida (19).

Según la Organización Mundial de la Salud, la adherencia se define como "la medida en que el comportamiento del paciente permite cumplir las instrucciones

médicas”. Dicho comportamiento hace referencia a tomar medicamentos, seguir dietas o ejecutar cambios en el estilo de vida (20).

Se utilizan varios métodos para medir la adherencia terapéutica. Las medidas directas, como el rastreo de la medicación parental o sus metabolitos en el cuerpo, son precisas, pero están asociadas con un mayor costo y una menor aplicabilidad en entornos de investigación y práctica clínica. Los métodos indirectos se centran en medir la adherencia a la medicación como un comportamiento e incluyen enfoques que van desde el control electrónico de la medicación y el recuento de pastillas hasta los reabastecimientos de farmacia y las medidas de autoinforme.

Varias ventajas están asociadas con las medidas de autoinforme de la adherencia a la medicación, incluida la facilidad de implementación en diferentes entornos y la capacidad de identificar las razones subyacentes al comportamiento de adherencia a la medicación. Por lo tanto, las medidas de autoinforme se usan comúnmente para medir la adherencia a la medicación. Una de las medidas auto informadas más comúnmente utilizadas de la no adherencia a la medicación es la Escala de Adherencia a la Medicación Morisky Green Levine (MGLS) de cuatro ítems. Dicho instrumento ha sido validado en diversas patologías crónicas (21).

La presente investigación se enmarca en el contexto de las enfermedades crónicas no transmisibles, las cuales representan una de las prioridades de investigación a nivel del país. Siendo más precisos se abordará uno de los problemas de salud pública más relevantes como la tuberculosis. Como se evidenció líneas arriba, la adherencia a la terapéutica de éstos pacientes los expone a un gran riesgo de complicaciones y resistencia antimicrobiana generado un alto impacto personal, familiar y al sistema de salud. Entonces es necesario investigar sobre los factores que se relacionan a la adherencia, siendo uno de ello la funcionalidad familiar.

Actualmente, nuestro sistema de salud utiliza un Modelo de Atención Basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC), en el cual se prioriza un abordaje integral de la persona abarcando su familia y comunidad. Sin embargo, aún son escasas las investigaciones que se enfocan en el componente familiar. En ese marco, la

presente investigación también representa un aporte teórico y práctico para el abordaje integral de los pacientes con tuberculosis, y la visión holística que tienen los profesionales de enfermería.

Finalmente, el objetivo del estudio es determinar la relación entre funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento terapéutica en pacientes con tuberculosis pulmonar que acuden al Centro de Salud Collique III Zona, Comas – 2021.

II. MATERIALES Y METODOS

2.1 Enfoque y diseño

La investigación utilizó el enfoque cuantitativo, debido a que las variables a analizar tendrán una relación numérica y son cuantificables. El tipo de diseño es no experimental, debido a que no se realizó manipulación de variables. Es transversal porque se recolectaron los datos en un punto en el tiempo, en un solo momento. Finalmente es correlacional, porque permitirá establecer si existe relación entre las variables estudiadas (20).

2.2 Población, muestra y técnica de muestreo.

2.2.1 Población

La población estuvo conformada por los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, que acuden al Centro de Salud Collique III Zona, durante los meses mayo a julio del 2021. Dicho establecimiento de salud, a la actualidad cuenta con un padrón de 62 pacientes, los cuales están debidamente identificados con nombre, dirección y números telefónicos, los cuales acuden mensualmente para el recojo de su medicación y otras indicaciones.

Criterios de inclusión

- Pacientes que firmen un consentimiento informado para su participación en la investigación.
- Pacientes que acuden al establecimiento de salud para la administración de su medicación.
- Pacientes que actualmente residan en la jurisdicción del establecimiento de salud.

Criterios de exclusión

- Pacientes que presente alguna discapacidad que le impida su desplazamiento al establecimiento de salud y/o responder la encuesta de investigación.

2.2.2 Muestra

En la presente investigación se trabajó con la población total que cumpla los criterios de selección propuestos, denominándose muestra censal.

2.3 Variable(s) de investigación

La investigación presenta 2 variables:

Funcionalidad familiar: según su naturaleza es cualitativa y escala ordinal

Definición conceptual:

“capacidad del sistema familiar para promover el desarrollo integral de sus integrantes y mantener un estado de salud favorable, encontrándose satisfechos con el cumplimiento de las dimensiones básicas de la función familiar como adaptación, participación, ganancia, afecto y recursos” (17).

Definición operacional: capacidad del sistema familiar de los pacientes con tuberculosis pulmonar que acuden al Centro de Salud Collique III ZONA, COMAS, para promover el desarrollo integral de sus integrantes y mantener un estado de salud favorable, el cual será evaluado con el instrumento APGAR familiar.

Adherencia al tratamiento: según su naturaleza es cualitativa y escala nominal

Definición conceptual: "la medida en que el comportamiento del paciente permite cumplir las instrucciones médicas". Dicho comportamiento hace referencia a tomar medicamentos, seguir dietas o ejecutar cambios en el estilo de vida (20).

Definición operacional: la medida en que el comportamiento de los pacientes con tuberculosis pulmonar que acuden al Centro de Salud Collique III ZONA, COMAS-2021, permite cumplir las instrucciones médicas, el cual será evaluado mediante el cuestionario de Morisky Green.

2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica a emplearse en la investigación fue la encuesta, permitiendo la obtención de información de manera rápida y efectiva. Para ello se obtendrán instrumentos estandarizados. El APGAR familiar fue presentado por Gabriel Smilkstein en 1978 para evaluar la funcionalidad de la familia. Toma su nombre de una medida de 5 ítems de apoyo familiar percibido en los dominios de adaptación, asociación, crecimiento, afecto y resolución. Las cinco preguntas, una para cada dominio de evaluación, tienen como opciones de respuesta: siempre (4), casi siempre (3) algunas veces (2), casi nunca (1) y nunca (0): la puntuación varía de 0 a 20; la clasificación varía menor o igual a 9 (disfunción severa); de 10 a 12 (disfunción familiar moderada); 13-16 (disfunción leve), buena funcionalidad familiar (17-20).

En su estudio de validación original en inglés, se evidenció una buena consistencia interna (Alfa de Cronbach=0,86). Posteriormente, fue adaptado al español (en España) encontrándose nuevamente una buena consistencia interna ($\alpha=0,84$) y su validez de constructo demostró que mide la función familiar (22). En el Perú, en el año 2015, Castilla et al., en su estudio para analizar la estructura factorial y confiabilidad encontró un Alpha de Cronbach de 0,729 y propiedades psicométricas aceptables para su uso (23). Posteriormente, se han realizado repetidas validaciones en diferentes contextos, siendo uno de ellos los pacientes con diabetes mellitus.

El cuestionario Morisky-Green, de cuatro ítems, que incluye cuatro preguntas con opciones de respuesta sí / no. El cuestionario da como resultado un puntaje que varía de 0 a 4, y los desarrolladores sugirieron 2 valores finales; adherente (responde las 4 preguntas No/No/No/No) y no adherente (al menos una respuesta es sí). Este método fue el planteado por Val-Jiménez en su estudio de validación de

la versión española del test de Morisky Green, encontrando un Alpha de Crombach de 0,61 (24).

2.5- Plan de recolección de datos

Se solicitaron los permisos necesarios para la aplicación de este trabajo de investigación. Se envió una carta de presentación, por parte de la Universidad María Auxiliadora, al director del Centro de Salud Collique III ZONA, para que se nos permita evaluar a cada uno de los pacientes dentro de sus instalaciones. Una vez obtenido la autorización, se encuestó a los pacientes aquellos días que acudan a recoger sus medicamentos previa coordinación telefónica.

2.6 Métodos de análisis estadístico

Los datos de esta investigación fueron procesados mediante estadística descriptiva e inferencial. Previamente se realizó un control de calidad de los datos recolectados antes de iniciar el análisis estadístico. Los datos, una vez verificados, serán codificados e ingresados en una base de datos en Microsoft Excel. Luego la matriz es subida al programa estadístico SPSS 25.0 para aplicar la estadística descriptiva e inferencial. En la estadística descriptiva se obtuvo las frecuencias absolutas y relativas, así como también las medias de tendencia central. En la estadística inferencial se realizó la prueba estadística de Chi cuadrado X^2 para establecer la relación entre ambas variables.

2.7 Aspectos bioéticos.

Se tomó en cuenta los aspectos de protección de los participantes humanos de la investigación y los principios bioéticos (25):

Principio de autonomía

El principio de autonomía fue aplicado estrictamente en este estudio, al abordar al paciente, se respetará sus decisiones y libre voluntad de participación. A cada uno de ellos se les hizo conocer los detalles del estudio y luego se solicitó su consentimiento informado para que su participación sea adecuada y regular en el estudio (26).

Principio de beneficencia

A los pacientes se les explicó sobre los beneficios indirectos que se obtendrá con los resultados de este estudio (27).

Principio de no maleficencia

Se explicó a cada uno de los pacientes que su participación en este estudio no implica ningún riesgo a su salud e integridad individual de ellos ni a la de sus integrantes (28).

Principio de justicia

Los pacientes fueron tratados con respeto cada uno de los pacientes y colaboradores que participaran en nuestro estudio, así mismo se tratará a todos por igual, sin discriminaciones ni preferencias (29).

III. RESULTADOS

3.1 Propiedades psicométricas (Validez y confiabilidad)

Para determinar la validez de los instrumentos se empleó el índice de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la Prueba de esfericidad de Bartlett. El cuestionario de Funcionalidad Familiar (APGAR Familiar) obtuvo un coeficiente de adecuación muestral de 0,831 y un valor de significatividad de 0,000 ($\chi^2 = 186,553$; g.l. = 10; $p < 0,05$) en la prueba de esfericidad de Bartlett. El test de Adherencia al Tratamiento Farmacológico obtuvo un coeficiente de adecuación muestral de 0,463 y un valor de significatividad de 0,000 ($\chi^2 = 44,454$; g.l. = 6; $p < 0,05$) en la prueba de esfericidad de Bartlett. Dados los datos anteriores, puede identificarse una validez aceptable para ambos instrumentos.

La confiabilidad de los instrumentos se determinó en función al estadístico Alfa de Cronbach. Para el cuestionario de Funcionalidad Familiar (APGAR Familiar), se determinó un índice de consistencia interna de 0,865 ($\alpha > 0,6$) y test de Adherencia al Tratamiento Farmacológico obtuvo un índice de consistencia interna de 0,619 ($\alpha > 0,6$), por lo que se identifica un nivel de fiabilidad general aceptable para ambos instrumentos.

3.2 Características sociodemográficas

Respecto a la edad de los participantes del estudio, se determinó que la edad promedio fue 34,81 años, la mayoría (n=37) fueron de sexo femenino, con un 59,7%. Además, el 51,6% (n=32) fueron convivientes, seguido de un 24,2% (n=15) fueron casados. En cuanto al grado de instrucción, el 53,2% (n=33) tuvieron secundaria completa, el 24,2% (n=15) tuvieron superior técnica completa.

Tabla 1. Características sociodemográficas

| Edad del paciente | Mínimo - Máximo | Media (D.T.)* |
|--|------------------------|-----------------------|
| | 18 – 61 | 34,81 (+ 10,796) |
| Sexo del paciente | Frecuencia (f) | Porcentaje (%) |
| Femenino | 37 | 59,7 |
| Masculino | 25 | 40,3 |
| Estado civil del paciente | Frecuencia (f) | Porcentaje (%) |
| Soltero | 5 | 8,1 |
| Conviviente | 32 | 51,6 |
| Casado | 15 | 24,2 |
| Divorciado | 4 | 6,5 |
| Viudo | 6 | 9,7 |
| Grado de instrucción del paciente | Frecuencia (f) | Porcentaje (%) |
| Sin instrucción | 5 | 8,1 |
| Primaria completa | 6 | 9,7 |
| Secundaria completa | 33 | 53,2 |
| Superior técnica completa | 15 | 24,2 |
| Superior universitaria completa | 3 | 4,8 |

(*D.T.) = Desviación típica. Elaboración propia.

3.3 Análisis descriptivo

Respecto a los resultados de la variable Funcionalidad Familiar, se determinó que el 46,8% (n=29) tuvo buena funcionalidad, 19,4% (n=12) tuvo disfunción familiar leve, 25,8% (n=16) tuvo disfunción familiar moderada y el 8,1% (n=5) tuvo disfunción familiar severa.

Tabla 2. Resultados de la variable Funcionalidad Familiar y sus dimensiones

| | Disfunción familiar severa | | Disfunción familiar moderada | | Disfunción familiar leve | | Buena funcionalidad familiar | |
|-------------------------------|----------------------------|-----|------------------------------|------|--------------------------|------|------------------------------|------|
| | f | % | f | % | f | % | f | % |
| Funcionalidad familiar | 5 | 8,1 | 16 | 25,8 | 12 | 19,4 | 29 | 46,8 |
| Adaptación | 2 | 3,2 | 16 | 25,8 | 20 | 32,3 | 24 | 38,7 |
| Participación | 2 | 3,2 | 17 | 27,4 | 22 | 35,5 | 21 | 33,9 |
| Ganancia | 4 | 6,5 | 14 | 22,6 | 22 | 35,5 | 22 | 35,5 |
| Afecto | 5 | 8,1 | 10 | 16,1 | 24 | 38,7 | 23 | 37,1 |
| Recursos | 3 | 4,8 | 13 | 21,0 | 25 | 40,3 | 21 | 33,9 |

Elaboración propia.

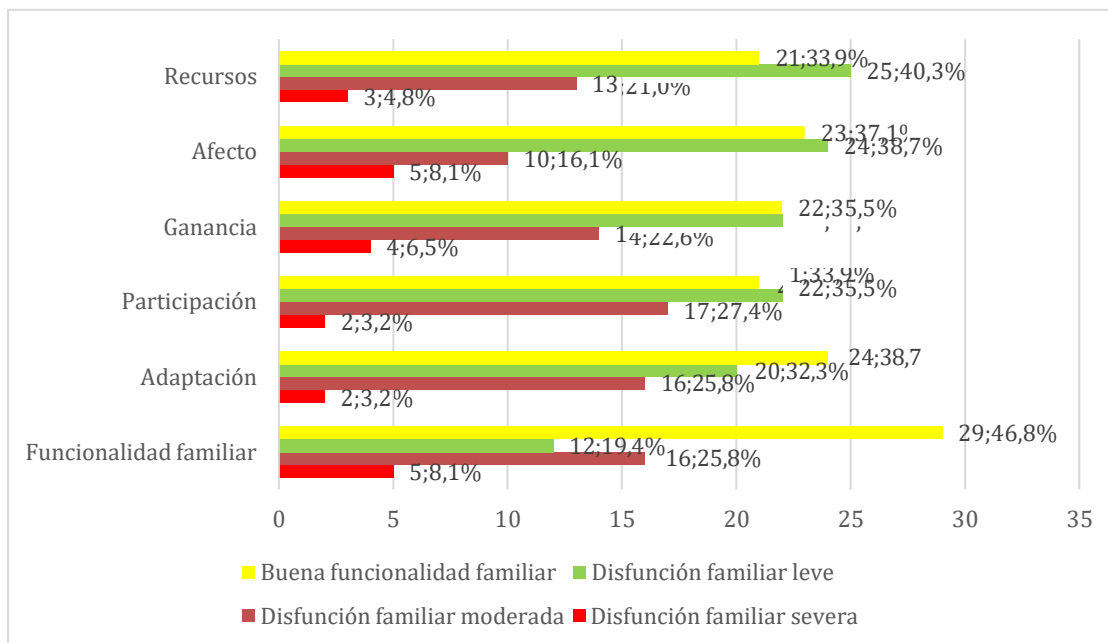


Figura 1: Resultados de la variable Funcionalidad Familiar y sus dimensiones

Respecto a los resultados de la variable Adherencia al tratamiento farmacológico, se determinó que el 38,7% (n=24) fueron adherentes; mientras que, el 61,3% (n=38) fueron no adherentes al tratamiento de tuberculosis.

Tabla 3. Resultados de la variable Adherencia al tratamiento farmacológico

| | Adherente | | No adherente | |
|--|-----------|------|--------------|------|
| | f | % | f | % |
| Adherencia al tratamiento farmacológico | 24 | 38,7 | 38 | 61,3 |

Elaboración propia.

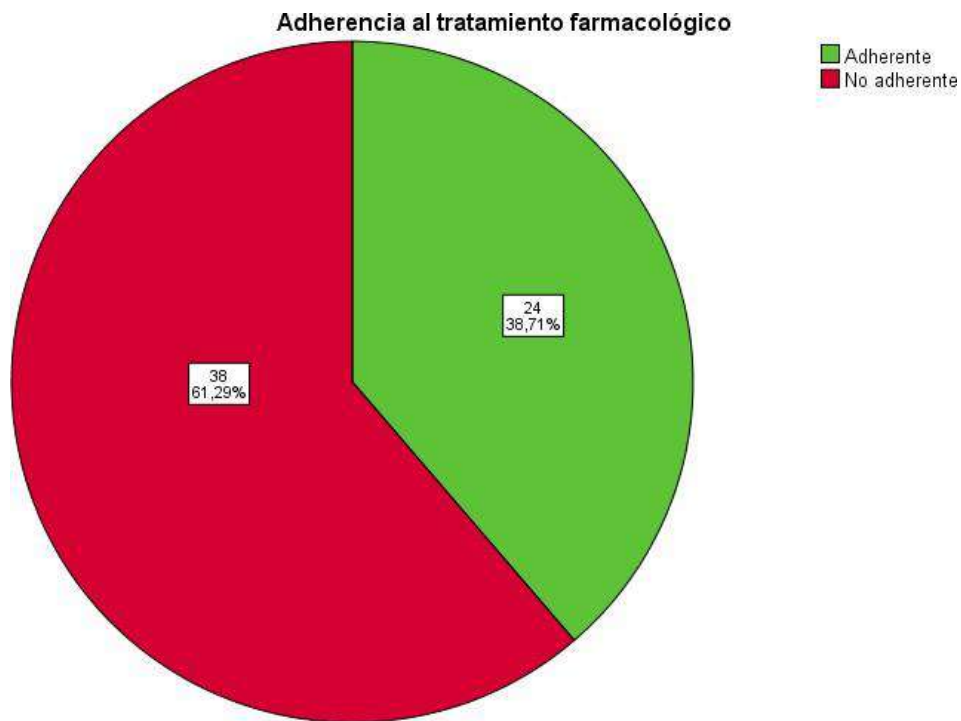


Figura 2: Resultados de la variable Adherencia al tratamiento farmacológico

3.4 Análisis inferencial

La relación entre funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento terapéutica en pacientes con tuberculosis pulmonar que acuden al Centro de Salud Collique III zona, Comas – 2020, se determinó en función a la prueba estadística Chi cuadrado de Pearson (X^2). La prueba estadística Chi cuadrado de Pearson es una prueba de libre distribución (no paramétrica) que mide la discrepancia entre una distribución de frecuencias observadas y esperadas. Dadas las hipótesis:

H0: No existe relación entre funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento terapéutica en pacientes con tuberculosis pulmonar que acuden al Centro de Salud Collique III zona, Comas – 2020.

H1: Existe una relación entre funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento terapéutica en pacientes con tuberculosis pulmonar que acuden al Centro de Salud Collique III zona, Comas – 2020.

Se tiene que:

Tabla 4. Tabla de contingencia entre las variables Funcionalidad Familiar y Adherencia al tratamiento farmacológico y Pruebas de Chi-cuadrado

| | | Adherencia al tratamiento | | | Total |
|-------------------------|------------------------------|---------------------------|--------------|----------|--------|
| | | farmacológico | | Total | |
| | | Adherente | No adherente | | |
| Funcionalidad familiar | Disfunción familiar severa | f | 0 | 5 | 5 |
| | | % | 0,0% | 13,2% | 8,1% |
| | Disfunción familiar moderada | f | 3 | 13 | 16 |
| | | % | 12,5% | 34,2% | 25,8% |
| | Disfunción familiar leve | f | 3 | 9 | 12 |
| | | % | 12,5% | 23,7% | 19,4% |
| | Buena funcionalidad familiar | f | 18 | 11 | 29 |
| | | % | 75,0% | 28,9% | 46,8% |
| Total | | f | 24 | 38 | 62 |
| | | % | 100,0% | 100% | 100,0% |
| Pruebas de Chi-cuadrado | | Valor | gl | Sig. (p) | |

Fuente: Elaboración propia.

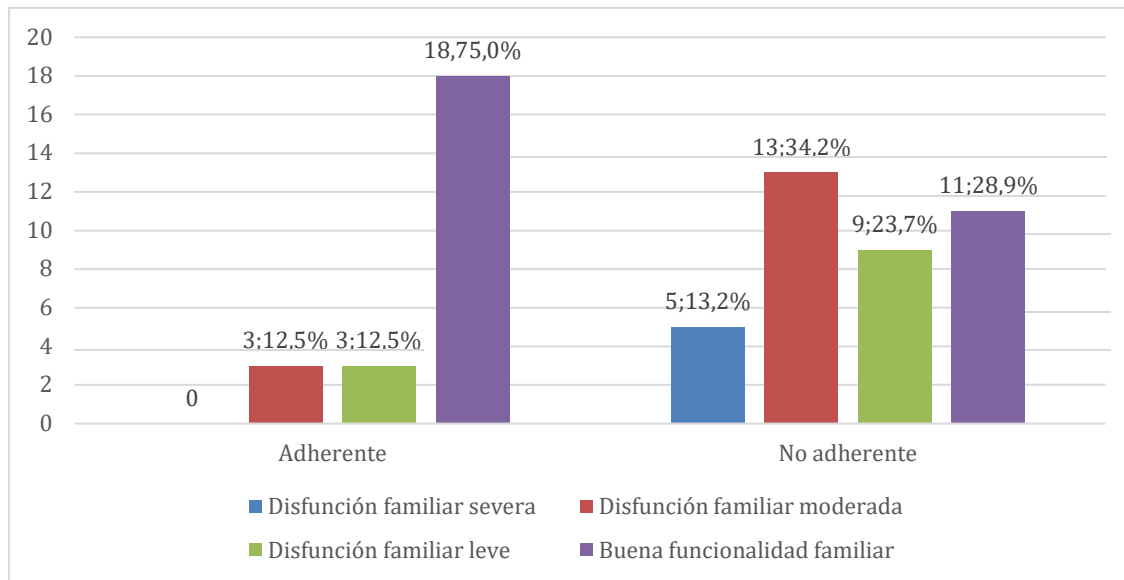


Figura 3: Frecuencias cruzadas de la variables Funcionalidad Familiar y Adherencia al tratamiento farmacológico

Dado el análisis anterior, se puede afirmar con evidencia estadística que existe una relación entre funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento terapéutica en pacientes con tuberculosis pulmonar que acuden al Centro de Salud Collique III zona, Comas – 2021, con un margen de error de 5 % ($p = 0,04$).

IV. DISCUSIÓN

4.1 Discusión

Los principales resultados de la investigación evidenciaron que, la mayoría de pacientes con tuberculosis pulmonar tuvieron buena funcionalidad familiar, y fueron no adherentes al tratamiento. Además, existe una relación entre funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento terapéutica en pacientes con tuberculosis pulmonar que acuden al Centro de Salud Collique III Zona.

En cuanto a los resultados obtenidos en la investigación, es necesario realizar un contraste con los antecedentes evaluados. En ese sentido, a nivel nacional, García (7), en Lima – Perú, en 2019, en su estudio titulado “Funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar sensible atendidos en establecimientos de salud del distrito San Martín de Porres” encontró que, el 10% tuvo buena función familiar, seguido de un 36% disfunción leve, moderada 38% y severa 16%, el 10% fueron adherentes al tratamiento, hubo una correlación entre ambas variables ($p < 0,05$). Además, Porras A.(8), en Lima-Perú, en 2018, en su tesis “Adherencia al tratamiento y su relación con la funcionalidad familiar en pacientes con tuberculosis en el centro de salud materno infantil Dr. Enrique Martín Altuna” encontrando que, el 53% fueron adherentes, el 47% tuvo buena funcionalidad, seguido de un 25% disfunción leve, existe una relación significativa entre ambas variables ($p < 0,05$).

Dichos estudios coinciden con los resultados observados en la investigación, además fueron realizados en establecimientos del primer nivel de atención. Para explicar los resultados obtenidos, es necesario conocer que factores pueden influir en la adherencia al tratamiento. Sin embargo, Sahile Z. y colaboradores (10), en 2020, en Etiopía, en su estudio titulado “Factores que influyen en la adherencia del paciente al tratamiento de la tuberculosis en Etiopía: revisión de la literatura” en el cual se concluye que, ayudar a los pacientes a lograr una adherencia total a la medicación antituberculosa es un problema complejo, ya que está influenciado por la interacción entre muchos factores. A pesar de ello, Dogah E. y colaboradores

(10), en Ghana, en 2019, en su estudio titulado “Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de la tuberculosis en el distrito norte de Ketu de la región de Volta, Ghana” a través un análisis de regresión logística reveló que el sexo masculino tenía aproximadamente tres veces más probabilidades de estar asociado con la adherencia al tratamiento de la tuberculosis. En la población, de estudio fueron mayoritariamente, del sexo femenino, lo cual podría explicar los bajos niveles de adherencia hallados.

Las familias y los miembros individuales de la familia influyen fuertemente en el comportamiento de búsqueda de salud de los pacientes. El comportamiento de búsqueda de salud permite a los pacientes elegir su destino de atención médica preferido y el momento de buscar ayuda para el tratamiento de la tuberculosis según su propio deseo (30). Además, dado que las familias son el vínculo entre los pacientes y el servicio de salud, merecen una consideración especial de las políticas gubernamentales de salud y protección social. La familia juega un papel clave en el contexto de la salud colectiva, ya que proporciona una descripción de los dilemas que enfrentan los pacientes después de ser diagnosticados con TB y de los cambios que produce dicho diagnóstico en el contexto familiar (31).

En cuanto a las limitaciones de la investigación, fueron el acceso a la muestra de estudio, puesto que en algunas oportunidades se tuvo que realizar la encuesta en forma no presencial, a través de formularos de google, debido a que algunos pacientes se encontraban de viaje y/o estuvieron recibiendo tratamiento en forma temporal en otro establecimiento.

La falta de éxito del tratamiento resultante del abandono del paciente puede conducir a una extensión del estado infeccioso, mejorando así las probabilidades de transmisión y desarrollo de bacilos multirresistentes. Comprender los factores asociados con el abandono del tratamiento contra la tuberculosis procesos, a su vez, es bastante relevante para la identificación de los obstáculos que pueden tomar que los pacientes no se adhieran completamente al tratamiento.

4.2 Conclusiones

- La mayoría de pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en el Centro de Salud Collique III zona tuvieron buena funcionalidad familiar
- La mayoría de pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en el Centro de Salud Collique III zona fueron no adherentes al tratamiento
- Existe una relación entre funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento terapéutica en pacientes con tuberculosis pulmonar que acuden al Centro de Salud Collique III Zona

4.3 Recomendaciones

Los niveles de adherencia terapéutica hallados fueron en su mayoría no adherentes, por ello se deben mejorar las estrategias de seguimiento y monitoreo a los pacientes con tuberculosis pulmonar. Además, involucrar a las familias de los pacientes en su manejo, puesto que ello representa uno de los factores relacionados a la mejora de su adherencia.

Los profesionales de enfermería, deben priorizar el abordaje biopsicosocial de los pacientes con tuberculosis pulmonar, el cual debe ir en concordancia con el modelo de atención integral basado en familia y comunidad, en el cual el rol de la familia resulta importante para garantizar un tratamiento óptimo en los pacientes.

Futuras investigaciones deben estar orientadas a identificar otros factores relacionados a la adherencia terapéutica, siendo este un factor de gran relevancia en el manejo integral de los pacientes con tuberculosis pulmonar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud. Manual educativo para promotores de salud [Internet]. Lima - Perú: Minsiterio de Salud; 2006. 1-36 p. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/392138/Manual_educativo_para_promotores_de_salud_La_tuberculosis20191017-26355-fb0aq5.pdf
2. Morales H. Influencia de la depresión sobre la adherencia al tratamiento en pacientes con TB-MDR de la Red Almenara de Essalud-Lima [tesis licenciatura]. Lima-Perú: Universidad Ricardo Palma; 2014 [Internet]. Disponible en: http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/351/Morales_he.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio del suicidio un imperativo global un imperativo global [Internet]. Whashington-EE.UU: Organización Mundial de la Salud; 2014. 1-94 p. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/es/
4. Organización Panamericana de la Salud. Es hora de actuar. Pon fin a la Tuberculosis [Sede Web]. Whashington-EEUU: Organización Panamericana de Salud [5 marzo de 2020] [Internet]. Disponible en: https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=4265:es-hora-de-actuar-pon-fin-a-la-tuberculosis&Itemid=0
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: encuesta demográfica y de salud familiar [Internet]. Lima - Perú; 2012. p. 1-245. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1119/Libro.pdf
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales, Primer Semestre 2017. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar [Internet]. Lima-Perú: Instituto Nacional Estadística e Informática; 2017. 1-137 p. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/images/Indicadores_Resultados_PPR_Primer_Semestre_2017.pdf

7. García D. Funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar sensible atendidos en establecimientos de salud del distrito de San Martín de Porres, 2019 [Internet]. Universidad Norbert Wiener; 2019. Disponible en:
http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3111/TESIS_García_Diana.pdf?sequence=1&isAllowed=y
8. Porras Carhuacho A. "Adherencia al tratamiento y su relación con la funcionalidad familiar en pacientes con tuberculosis en el Centro de salud materno infantil Dr. Enrique Martín Altuna-2018" [Internet]. Universidad César Vallejo; 2018. Disponible en:
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/18118/Porras_CAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y
9. Robles Hurtado IJ, Matta Solís H, Pérez Siguan RE, Carlos Ayma F. Funcionalidad familiar en pacientes con tuberculosis pulmonar en áreas urbanas de Los Olivos - Lima. Rev Cienc y Arte Enfermería [Internet]. 2016;1(2):47-51. Disponible en:
<http://www.cienciaenfermeria.org/index.php/rcae/article/view/23/24>
10. Nezenega ZS, Perimal-lewis L, Maeder AJ. Factors influencing patient adherence to tuberculosis treatment in ethiopia: A literature review. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2020;17(15):1-12. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7432798/pdf/ijerph-17-05626.pdf>
11. Arce F. Calidad de vida y funcionalidad familiar en pacientes con tuberculosis en las unidades de salud de los cantones Machala, Pasaje y Guabo. El Oro 2016 [Internet]. Universidad Nacional de Loja. 2017. Disponible en:
http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/18250/3/Tesis_Calidad_de_vida_y_funcionalidad_familiar_en_pacientes_con_tuberculosis.pdf
12. Sharma D, Sarkar D. Pathophysiology of Tuberculosis: An Update Review. PharmaTutor [revista en Internet] 2018 [acceso 28 de febrero de 2020]; 6(2):15-21. enero de ; Disponible en:

<https://www.pharmatutor.org/articles/pathophysiology-of-tuberculosis-an-update-review>

13. Adigun R, Singh R. Tuberculosis [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441916/>
14. Ruiz-Manzano J, Blanquer R, Calpe JL, Caminero JA, Caylà J, Domínguez JA, et al. Diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis. Arch Bronconeumol [revista en Internet] 2008 [acceso 27 de febrero de 2020]; 44(10):551-566. Disponible en: <https://www.archbronconeumol.org/es-diagnostico-tratamiento-tuberculosis-articulo-S0300289608758976>
15. Moreno J, Chauta L. Funcionalidad Familiar, Conductas Externalizadas y Rendimiento Académico en Grupo de Adolescentes de la Ciudad de Bogotá. Psychologia Avances de la disciplina[revista de internet]2012[acceso 21 de mayo de 2019]; 6(1):155-166. 2012;
16. Zevallos R. El enfoque sistémico en la intervención familiar. Psicología [revista de internet]1993[acceso 21 de mayo de 2019]; 11(2):170-177.
17. Suarez M, Alcalá M. Apgar Familiar: Una Herramienta Para Detectar Disfunción Familiar. Revista Médica La Paz [revista de internet]2014 [acceso 21 de setiembre de 2020]; 20(1):53-57. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmpl/v20n1/v20n1_a10.pdf
18. Castilla H, Caycho T, Shimabukuro M, Valdivia A. Percepción del funcionamiento familiar: Análisis psicométrico de la Escala APGAR-familiar en adolescentes de Lima. Propósitos y Representaciones [revista en Internet] 2014 [acceso 25 de marzo de 2019]; 2(1): 49-58.
19. Ramos Y, Roilán R, Suárez M, Gómez M, María V, Reina E, et al. Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Revista Finlay [revista en Internet] 2017 [acceso 4 de octubre de 2019]; 7(2): 89-88.
20. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán J. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Atención Primaria [revista de internet]2009 [acceso 21 de octubre de 2019]; 41(6):342-348.
21. Pagés N, Valverde I. Métodos para medir adherencia terapéutica. Ars

- Pharmaceutica [revista de internet]2018 [acceso 14 de enero de 2021]; 59(3):163-172. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ars/v59n3/2340-9894-ars-59-03-163.pdf>
22. Díaz S, Tirado L, Simancas M. Validez de constructo y confiabilidad de la APGAR familiar en pacientes odontológicos adultos de Cartagena, Colombia. Revista de la Universidad Industrial de Santander [revista de internet]2017 [acceso 21 de octubre de 2019]; 49(4):541-548.
 23. Cabello C, Rodríguez C, León V, Barboza P, Valles DELAC. Análisis factorial confirmatorio de la escala de percepción del funcionamiento familiar de Smilkstein en adolescentes peruanos. Salud y Sociedad [revista de internet]2015 [acceso 21 de octubre de 2019]; 6(2):140-153. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4397/439742867003.pdf>
 24. Limaylla M, Ramos N. Métodos indirectos de valoración del cumplimiento terapéutico. Rev Ciencia e Investigación [revista en Internet] 2016 [acceso 8 de setiembre de 2018]; 19(2): 95-101. Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/farma/article/view/13635>
 25. Arellano, Hall, Hernández. Ética de la Investigación Científica [Internet]. Ciudad de México: Universidad Autónoma de Querétaro; 2014. p. 1-271. Disponible en: http://www.inb.unam.mx/bioetica/lecturas/etica_investiga_uaq.pdf
 26. Marasso N. La bioética y el principio de autonomía. Revista facultad de Odontología [revista en Internet] 2013 [acceso 11 de mayo de 2019]; 1(2): 72-78. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000500012
 27. Morales J, Nava G, Esquivel J, Díaz L. Principios de ética, bioética y conocimiento del hombre. México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2011. [Internet]. Disponible en: http://www.uaeh.edu.mx/investigacion/productos/4822/libro_principios_de_etica.pdf

28. Moreno RP. La riqueza del principio de no maleficencia. Rev Cirugía General [revista en Internet] 2011 [acceso 8 de febrero de 2018]; 33(2): 178-185. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2011/cgs112q.pdf>
29. Martín S. Aplicación de los Principios Éticos a la Metodología de la Investigación. Enfermería en Cardiología [revista en Internet] 2013 [acceso 27 de diciembre de 2020]; 58(1): 27-29. Disponible en: https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/58_59_02.pdf
30. Editor D. Role of families in tuberculosis care : A case study. Muller J Med Sci Res [Internet]. 2016;3(3):13-5. Disponible en: https://www.mjmsr.net/temp/MullerJMedSciRes72150-1660581_043645.pdf
31. Yamamura M, Martinez TR ech., Popolin MP aschoa., Rodrigues LB arbos. B, de Freitas IM oreir., Arcêncio RA lexandr. The families and directly observed treatment of tuberculosis: senses and prospects to the production of care. Rev Gaucha Enferm [Internet]. 2014;35(2):60-6. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/ngSy96wFrc6YSSMvZh9xPzK/?format=pdf&lang=en>

ANEXOS

Anexo A. Operacionalización de la variable o variables

| VARIABLE | Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | DIMENSIONES | INDICADORES | N° DE ÍTEMS | VALOR FINAL | CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES |
|------------------------|---|--|--|---------------|--|-------------|------------------------------|--------------------------------|
| Funcionalidad familiar | | "Capacidad del sistema familiar para promover el desarrollo integral de sus integrantes y mantener un estado de salud favorable, encontrándose satisfechos con el cumplimiento de las dimensiones básicas de la función familiar como adaptación, participación, ganancia, afecto y recursos"(17). | Capacidad del sistema familiar de los pacientes con tuberculosis pulmonar del Centro de Salud Collique III ZONA, COMAS - 2021, para promover el desarrollo integral de sus integrantes y mantener un estado de salud favorable, el cual será evaluado con el APGAR familiar. | Adaptación | Sentimiento de apoyo por parte de los demás integrantes de la familia en la resolución de problemas. | 1 (1) | Buena función familiar | 18-20 |
| | | | | Participación | Sentimiento de apoyo por parte de los demás integrantes de la familia en cuanto algo les preocupa como también en la toma de decisiones en el hogar. | 1 (2) | | |
| | | | | Ganancia | Sentimiento de apoyo por parte de los demás integrantes de la familia en la realización de nuevas actividades. | 1 (3) | Disfunción familiar moderada | 10-13 |
| | | | | Afecto | Sentimiento de amor y cariño por parte de los demás integrantes de la familia. | 1 (4) | | |
| | | | | recursos | Sentimiento por parte de los demás integrantes de la familia en el compromiso de brindar tiempo y espacio. | 1 (5) | Disfunción familiar severa | 9 o menos |

| OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE | | | | | | | | |
|-----------------------------------|--|---|---|--|---------------------|-------------|---|--------------|
| VARIABLE | TIPO DE VARIABLE SEGÚN SU NATURALEZA Y ESCALA DE MEDICION | DEFINICION CONCEPTUAL | DEFINICION OPERACIONAL | INDICADORES | Nº DE ITEMS E ITEMS | VALOR FINAL | CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES | |
| Adherencia al tratamiento | Tipo de variable según su naturaleza: Cualitativa Escala de medición: Nominal | La medida en que el comportamiento del paciente permite cumplir las instrucciones médicas". Dicho comportamiento hace referencia a tomar medicamentos, seguir dietas o ejecutar cambios en el estilo de vida (20) | La medida en que el comportamiento de los pacientes con tuberculosis pulmonar del Centro de Salud Collique III ZONA, COMAS - 2021, permite cumplir las instrucciones médicas, el cual será evaluado mediante el cuestionario de Morisky Green | Olvidar tomar sus medicamentos | 1 | Adherente | Adherente: 4 respuestas NO No Adherente: al menos una respuesta SI | |
| | | | | Olvida tomar a la hora indicada | 1 | | | |
| | | | | Deja de tomar la medicación, si se siente bien | 1 | | | No adherente |
| | | | | Deja de tomar la medicación si se siente mal. | 1 | | | |

Anexo B. Instrumentos de recolección de datos

INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

I. PRESENTACIÓN

Sr(a) o Srta.:

Buenos días, somos los egresados de la carrera de enfermería de la Universidad María Auxiliadora, estamos realizando un estudio, cuyo objetivo es determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar que acude al Centro de Salud Collique III ZONA, COMAS - 2021

Pedimos su colaboración para que nos facilite ciertos datos que nos permitirán llegar al objetivo de estudio ya mencionado.

II. INSTRUCCIONES GENERALES

Este cuestionario no contiene preguntas correctas ni incorrectas. Por favor responda con total sinceridad, además mencionarle que sus datos serán tratados de forma anónima y confidencial. Si Ud. tuviera alguna duda, pregúntele a la persona a cargo.

Datos generales:

Edad:

Sexo del entrevistado:

a. Femenino () b. Masculino ()

Estado Civil

() Soltero(a) () Casado(a) () Conviviente () Divorciad(a) () Viudo(a)

Grado de instrucción

() Sin instrucción () Primaria () Secundaria () Técnico () Profesional

Cuestionarios:

Evaluación de la funcionalidad familiar

| FUNCION | NUNCA | CASI NUNCA | ALGUNAS VECES | CASI SIEMPRE | SIEMPRE |
|---|-------|------------|---------------|--------------|---------|
| Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o lo necesidad. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Me satisface la participación que mi familia brinda y permite. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mi emociones como rabia, tristeza, amor | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Me satisface como compartimos en familias a) el tiempo para estar juntos b) Los espacios en casa c) El dinero | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Evaluación de la adherencia terapéutica

| | SI | NO |
|---|----|----|
| 1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad? | | |
| 2. ¿Olvida Tomar los medicamentos a las horas indicadas? | | |
| 3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación? | | |
| 4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla? | | |

Anexo C. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación en salud. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

Título del proyecto: Funcionalidad familiar y Adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar que acuden al Programa Contra Tuberculosis Pulmonar en el Centro de Salud Collique III ZONA, COMAS - 2021.

Nombre de los investigadores principal:

Jorge Tomas Ramírez Zegarra

Propósito del estudio: Describir como es la funcionalidad familiar en pacientes con tuberculosis que acuden al programa contra Tuberculosis Pulmonar en el Centro de Salud Collique III ZONA, COMAS - 2021

Beneficios por participar: Tiene la posibilidad de conocer los resultados de la investigación por los medios más adecuados (de manera individual o grupal) que le puede ser de mucha utilidad en su actividad profesional.

Inconvenientes y riesgos: Ninguno, solo se le pedirá responder el cuestionario.

Costo por participar: Usted no hará gasto alguno durante el estudio.

Confidencialidad: La información que usted proporcione estará protegido, solo los investigadores pueden conocer. Fuera de esta información confidencial, usted no será identificado cuando los resultados sean publicados.

Renuncia: Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin sanción o pérdida de los beneficios a los que tiene derecho.

Consultas posteriores: Si usted tuviese preguntas adicionales durante el desarrollo de este estudio o acerca de la investigación, puede dirigirse a Jorge Ramírez Zegarra coordinador de equipo (teléfono móvil N° 932808831) o al correo electrónico: jorge32183@hotmail.com

Participación voluntaria:

Su participación en este estudio es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro que he leído y comprendido, tuve tiempo y oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas satisfactoriamente,

| | |
|---|------------------------|
| Nombres y apellidos del participante o apoderado | Firma o huella digital |
| Nº de DNI: | |
| Nº de teléfono: fijo o móvil o WhatsApp | |
| Correo electrónico | |
| Nombre y apellidos del investigador | |
| Nº de DNI | |
| Nº teléfono móvil | |
| Nombre y apellidos del responsable de encuestadores | |
| Nº de DNI | |
| Nº teléfono | |
| Datos del testigo para los casos de participantes iletrados | |
| Nombre y apellido: | |
| DNI: | |
| Teléfono: | |

Lima, de julio 2021

***Certifico que he recibido una copia del consentimiento informado.**

.....
Firma del participante

Anexo.

