



**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**

PRÁCTICAS DE SALUD DEL ENTORNO FAMILIAR Y ABANDONO DE TRATAMIENTO  
EN PACIENTES AFECTADOS CON TUBERCULOSIS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL  
MARÍA AUXILIADORA EN EL AÑO 2022

**Línea de investigación:**

Procesos sociales, periodismo y comunicación

Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad en Terapia

Familiar Sistémica

**Autora**

Vinces Timaná, Mirta Alicia

**Asesor**

Vergara Campos, Carlos Miguel

ORCID: 0000-0003-0285-511X

**Jurado**

Durand Espejo, Alcira Leonor

Valcárcel Aragón, Mario Sabino

Fuentes Pizarro, Carmen del Pilar

**Lima - Perú**

**2024**



# PRÁCTICAS DE SALUD DEL ENTORNO FAMILIAR Y ABANDONO DE TRATAMIENTO EN PACIENTES AFECTADOS CON TUBERCULOSIS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA EN EL AÑO 2022

## INFORME DE ORIGINALIDAD

12%

INDICE DE SIMILITUD

11%

FUENTES DE INTERNET

2%

PUBLICACIONES

4%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="https://repositorio.urp.edu.pe">repositorio.urp.edu.pe</a> Fuente de Internet	2%
2	<a href="https://repositorio.usanpedro.edu.pe">repositorio.usanpedro.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
3	<a href="https://repositorio.uwiener.edu.pe">repositorio.uwiener.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
4	Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal Trabajo del estudiante	1%
5	<a href="https://hdl.handle.net">hdl.handle.net</a> Fuente de Internet	1%
6	<a href="https://www.coursehero.com">www.coursehero.com</a> Fuente de Internet	<1%
7	<a href="https://iris.paho.org">iris.paho.org</a> Fuente de Internet	<1%

[repositorio.unfv.edu.pe](https://repositorio.unfv.edu.pe)



Universidad Nacional  
**Federico Villarreal**

**VRINI** VICERRECTORADO  
DE INVESTIGACIÓN

## **FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**

PRÁCTICAS DE SALUD DEL ENTORNO FAMILIAR Y ABANDONO DE  
TRATAMIENTO EN PACIENTES AFECTADOS CON TUBERCULOSIS ATENDIDOS  
EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA EN EL AÑO 2022

### **Línea de investigación:**

Procesos sociales, periodismo y comunicación

Trabajo Académico para Optar el Título de Segunda Especialidad en Terapia Familiar

Sistémica

### **Autora:**

Vinces Timaná, Mirta Alicia

### **Asesor:**

Vergara Campos, Carlos Miguel

ORCID: 0000-0003-0285-511X

### **Jurado:**

Durand Espejo, Alcira Leonor

Valcárcel Aragón, Mario Sabino

Fuentes Pizarro, Carmen del Pilar

**Lima – Perú**

**2024**

## ÍNDICE

<b>RESUMEN.....</b>	<b>6</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>7</b>
<b>I. INTRODUCCION .....</b>	<b>8</b>
1.1. Descripción del problema.....	10
<i>1.1.1 Formulación del problema</i> _____	27
1.1.1.1 Problema general _____	27
1.1.1.2 Problemas específicos _____	27
1.2. Antecedentes.....	15
1.3. Objetivos.....	28
<i>1.3.1 Objetivo general</i> _____	28
<i>1.3.2 Objetivos específicos</i> _____	28
1.4 Justificación .....	28
1.5 Impactos esperados del trabajo académico.....	30
<b>II. METODOLOGIA .....</b>	<b>31</b>
2.1. Tipo y diseño de investigación. ....	31
2.2. Ámbito espacial y temporal .....	31
2.3. Variables y operacionalización .....	31
2.4 Población y muestra _____	34
2.5. Instrumentos .....	35

	3
2.6. Procedimientos .....	36
2.7. Método de análisis de datos.....	37
<b>II. RESULTADOS .....</b>	<b>38</b>
<b>IV. CONCLUSIONES.....</b>	<b>46</b>
<b>V. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>47</b>
<b>VI. REFERENCIAS .....</b>	<b>48</b>
<b>VII. ANEXOS.....</b>	<b>55</b>

**ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla 1	Categorías del instrumento _____	35
Tabla 2	Niveles de las variables de estudio _____	36
Tabla 3	Niveles de los factores _____	36
Tabla 4	Relación entre las prácticas de salud del entorno familiar _____ y el abandono de tratamiento en pacientes afectados con tuberculosis.	38
Tabla 5	Relación entre las prácticas de salud del entorno familiar _____ y la dimensión factores familiares.	40
Tabla 6	Relación entre las prácticas de salud del entorno familiar y _____ la dimensión factores sociales.	42
Tabla 7	Relación entre las prácticas de salud del entorno familiar y _____ la dimensión factores culturales.	44

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Pacientes probables de responder encuesta_____	35
Figura 2	Representación gráfica de la relación entre las prácticas _____ de salud del entorno familiar y el abandono de tratamiento en pacientes afectados con tuberculosis	39
Figura 3	Representación gráfica de la relación de las prácticas de _____ salud del entorno familiar y la dimensión factores familiares.	41
Figura 4	Representación gráfica de la relación entre las prácticas _____ de salud del entorno familiar y la dimensión factores sociales.	43
Figura 5	Representación gráfica de la relación entre las prácticas de _____ salud del entorno familiar y la dimensión factores culturales.	45

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar la relación entre las prácticas de salud del entorno familiar y el abandono del tratamiento en pacientes hospitalizados con diagnóstico TBC. en el Hospital María Auxiliadora. **Método:** Enfoque de la pesquisa corresponde al descriptivo correlacional, de corte transversal y tipo cuantitativo, con instrumentos que permiten el recojo de información a través de las técnicas de observación, entrevistas, visitas domiciliarias. **Resultados:** Se evidencia que los pacientes encuestados con afecciones de tuberculosis que recibieron atención en el Hospital María Auxiliadora en el año 2022, el 56.7% presentan un abandono del tratamiento de TB en nivel medio, de las cuales el 40.0% presentan prácticas en salud medianamente adecuadas en el entorno familiar; por su parte, se observa que el 23.3% de los atendidos refieren un alto nivel de abandono del tratamiento, de los cuales, el 16.7% reportan inadecuadas prácticas de salud en sus hogares; mientras que del 20.0% de pacientes con bajos niveles de abandono del tratamiento de TB el 16.7% reportan adecuadas prácticas de salud en sus hogares.

*Palabras Clave:* entorno familiar, abandono del tratamiento, factores familiares, factores sociales, factores culturales.

## ABSTRACT

**Objective:** To identify the relationship between health practices in the family environment and treatment abandonment in hospitalized patients diagnosed with TB at the María Auxiliadora Hospital. **Method:** The research approach is descriptive-correlational, cross-sectional and quantitative, with instruments that allow the collection of information through observation techniques, interviews, home visits, etc. **Results:** It is evident that 56.7% of the patients surveyed with tuberculosis who received care at the María Auxiliadora Hospital in the year 2022 presented a medium level of abandonment of TB treatment, of which 40.0% presented moderately adequate health practices in the family environment; on the other hand, it is observed that 23.3% of those treated report a high level of treatment abandonment, of which 16.7% report inadequate health practices in their homes; while of the 20.0% of patients with low levels of TB treatment abandonment, 16.7% report adequate health practices in their homes.

*Keywords:* family environment, treatment abandonment, family factors, social factors, cultural factors.

## I. INTRODUCCION

La tuberculosis es entendida como una infección de carácter crónico que se genera a razón de *Mycobacterium tuberculosis* y que resulta perjudicial para el ser humano. Existen diversas formas de presentación, desde la perspectiva clínica, entre estas: la tuberculosis común; la extrapulmonar (que tiene una afectación a cualquier órgano), la combinada con VIH e infección tuberculosa subclínica.

La tuberculosis común es transmitida a través del aire, ello se produce cuando un individuo infectado excreta la bacteria. Es importante mencionar que, a lo largo de los años han surgido cepas de tuberculosis resistentes a los medicamentos, lo que ha dado lugar a cinco patrones de susceptibilidad: susceptible a la isoniazida y la rifampicina; resistencia a isoniazida y rifampicina o resistencia a múltiples fármacos (MDR); resistencia a isoniazida, rifampicina (cualquier fluoroquinolona y fármaco de naturaleza inyectable de segunda línea) o extremadamente resistente a los medicamentos (XDR); resistencia a todos los medicamentos de primera a tercer, es decir, que tienen formas resistentes o extremadamente resistentes.

Aunque la incidencia de la tuberculosis ha disminuido en un promedio de 1,5% anual desde 2000, aún sigue siendo, junto con el VIH, una de las mayores causales de muerte a nivel mundial. En América del Sur, el mayor número y prevalencia de este padecimiento se concentra en Perú y Brasil. Acorde con ello, en el Informe Mundial respecto a la Tuberculosis, desarrollada en 2021, se notificaron un total de 30.008 nuevos casos en el Perú. En cuanto a las formas resistentes a los medicamentos, aproximadamente el 3,3% de los casos diagnosticados en todo el mundo son de tipo multirresistente, de los cuales el 9,7% son tuberculosis altamente resistente a los medicamentos. En los últimos años, nuestro país reporta cada año 1.500 casos de tuberculosis multirresistente y 80 casos de tuberculosis extremadamente resistente; la mayoría de ellos fueron reportados por Lima y Callao.

Según el Ministerio de Salud de Perú (MINSA), tratar la tuberculosis implica que se considere a la isoniazida (H), rifampicina (R), pirazinamida (Z) y etambutol (E) y se integra en base a 2 fases. La primera corresponde a HREZ, que debe de ser suministrada de manera diaria durante dos meses. Dentro de las principales dificultades que se encuentran para la obtención de adecuados resultados de estos tratamientos viene a ser la tasa de abandono, que es aún mayor en algunas provincias del Perú. En la segunda fase la combinación medicamentosa es 4H<sub>2</sub>R<sub>2</sub>, que tiene una duración promedio de 4 meses de aplicación, los subíndices de la formula representan la cantidad de la dosis de ese medicamento de manera semanal.

Entre los aspectos que determinan la interrupción del tratamiento de este padecimiento se encuentra principalmente la duración que tiene, los efectos secundarios, las deficientes condiciones de vida del que lo padece, los niveles de pobreza, la edad avanzada, entre otros. Cabe indicar que, otra de las razones que condiciona la continuidad también es la falta información respecto a la enfermedad, el tratamiento, momento de administración y uso de medicamentos, falta de educación secundaria, género masculino e historial previo de abandono.

Aunque se han publicado pocos estudios referentes a los factores riesgosos que se vinculan a la interrupción del tratamiento de la tuberculosis en el Perú, se necesita más investigación para desarrollar estrategias que reduzcan la interrupción del tratamiento de este padecimiento y por consiguiente el desarrollo de resistencia a los medicamentos antituberculosos.

El trabajo propuesto se divide en varias secciones, las cuales se explican a continuación. La primera involucra a la descripción de la realidad problemática, en el que se exponen los antecedentes de la pesquisa, se efectúa la explicación teórica de la misma que se desprende además los objetivos y la justificación del estudio.

En la segunda parte se reconoce la metodología del estudio, se descompone en tipo y diseño, el ámbito espacial y temporal del estudio, las variables y la operacionalización de las mismas, además se analiza la población y se efectúa la determinación de la muestra de la pesquisa, se hace mención de las técnicas e instrumentos que se usarán y los procedimientos, además del método que se usará para el análisis de datos.

La tercera parte corresponde a los resultados, seguido de las conclusiones y las referencias bibliográficas usadas en el estudio.

### **1.1. Descripción del problema.**

En la gran parte de las sociedades, hace aproximadamente un siglo, la familia era el sistema más valorado en la mayoría de las esferas que componen la vida y la existencia humana. Es decir, la familia era considerada como la única institución que brinda seguridad y apoyo sin ninguna recompensa a cambio. La eficacia del funcionamiento familiar a la hora de condicionar la personalidad y el desarrollo social de niños, adolescentes y adultos tiene una importancia destacada (Barmola, 2013). Además, las interacciones familiares presentan un rol de suma relevancia en el desarrollo de un individuo. Estas interacciones y relaciones interpersonales se ven entre padres, padres e hijos, hermanos y cualquier otro familiar o persona que viva en el hogar. El funcionamiento saludable de estos patrones de interacción mejora la salud mental del individuo. Los niños necesitan un entorno familiar feliz y estable y una red social conductora para su crecimiento y desarrollo general. Sin embargo, las familias felices no lo son todo el tiempo. Los desacuerdos y los conflictos son una parte necesaria de la convivencia. Tanto el amor como el odio son de esperarse en la intensidad de la vida familiar y las interacciones con los compañeros, pero la forma en que se manejan las emociones negativas denota la diferencia en el ámbito familiar y las interacciones sociales (Palomino & Toro, 2014).

Estudios recientes que investigan la crianza de los hijos en diferentes culturas han señalado varios patrones importantes con respecto a los vínculos entre las estrategias de crianza

y los resultados psicosociales. La participación efectiva de los padres debe coincidir necesariamente con los requerimientos del colegio y la sociedad, pero más importante aún, de sus hijos (Oudhof et al., 2019).

La salud mental se percibe como una fuente positiva que contribuye al desarrollo de activos en el ámbito personal, colectivo y económico. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) explicó que la salud mental corresponde a una situación de bienestar en la cual una persona tiene la conciencia adecuada respecto a las capacidades que posee, puede enfrentar las circunstancias tensas que se le presentan y puede desempeñarse de una forma fructífera y productiva. Asimismo, posee la capacidad de contribuir en la mejora de su entorno, y de no ser atendido y cuidado de modo correcto puede conducir a que presenten condiciones problemáticas en la salud y en los entornos familiares (OMS, 2004).

Comprender las prácticas en salud del entorno familiar como escenario de promoción de la salud, es con demasiada complejidad, por ello mediante la pesquisa abordada se procura proporcionar detalles sobre cómo se utilizan los modelos conceptuales y teóricos del potencial que posee promover la sanidad familiar y minimizar las posibilidades de abandono de los tratamientos. Este conocimiento es importante porque el plano familiar es un aspecto clave para la promoción de la salud. A lo largo de la infancia y la niñez, se vive entre otras personas que pueden satisfacer nuestras necesidades básicas, guiarnos y nutrirnos como individuos y lanzarnos por trayectorias de salud que nos seguirán a lo largo de toda la vida. Los modelos socio ecológicos ubican a los individuos dentro de familias y describen los entornos familiares como ámbitos de mayor intimidad en el plano de salud y social (Newman et al., 2015).

Con respecto a la importancia de los modelos de entornos orientados a promover la salud, los profesionales por lo general aprovechan la estructura que existe en los entornos físicos y sociales, es decir en aquellos en donde se la vida cotidiana se desarrolla, para establecer andamios para programas y servicios. La escuela de promoción de la salud, por

ejemplo, se ha desarrollado como un contexto bien articulado donde se pueden establecer políticas saludables, educación para la salud, aspectos ambientales y de salud y asociaciones (Penney et al., 2018). De manera similar, se han descrito en detalle otros entornos que promueven la salud, incluidos entornos al aire libre que promueven la salud, espacios de trabajo que promueven la salud, hospitales que promueven la salud, y municipios que promueven la salud (Michaelson et al., 2021).

La tuberculosis (TB) resulta ser un padecimiento transmisible, siendo una de las causas más recurrentes de muerte a nivel mundial. Es preciso indicar que, previo a la propagación de Covid-19, la tuberculosis representaba a una las más mortales enfermedades que se generaba a causa de un agente infeccioso, incluso superando a las cifras del VIH. De otro lado, esta pandemia afectó negativamente a los servicios esenciales de tuberculosis, mostrando una disminución sustancial en la etapa de diagnóstico para la atención de la tuberculosis, cayendo de tener a un total de 7.1 millones de pacientes diagnosticados en el año 2019 a 5.8 millones al año siguiente, esto es un 18% de disminución que nos devuelve a las tasas de diagnóstico de 2012. Teniendo en cuenta que aproximadamente 10 millones de personas desarrollaron tuberculosis en 2020, la brecha de diagnóstico se ha ampliado sustancialmente (OMS, 2021).

En los países de ingresos bajos y medios (PIBM), este padecimiento resulta ser una causal de muerte significativa (Floer et al., 2018), especialmente en pacientes con comorbilidades. Las comorbilidades más comunes y mejor descritas en este caso es la infección por VIH, cuya correlación con la tuberculosis está bien establecida; seguido por la Diabetes Mellitus (DM), que amenaza los esfuerzos continuos para ejercer control de la tuberculosis; el abuso de alcohol; fumar; depresión, que repercute negativamente en las manifestaciones clínicas y en la adherencia al tratamiento; (Ugarte et al., 2021) y más recientemente reportada como una comorbilidad emergente de la tuberculosis, la EPOC tuberculosis, la EPOC (O'Toole et al., 2015).

Para que sea posible conseguir un control adecuado de dicho padecimiento, la tasa de pacientes que alcanzan un estado de curación debe ser no inferior al 85%, según la OMS (Soares et al., 2020). Las barreras socioeconómicas, las características clínicas y la resistencia a los medicamentos antituberculosos se encuentran entre las razones por las que este objetivo aún no se ha logrado. Múltiples estudios indican que la presencia de comorbilidades en pacientes con tuberculosis se asocia con resultados desfavorables del tratamiento de la tuberculosis (Soares et al., 2020). Por lo tanto, la coexistencia de ciertas enfermedades no transmisibles con la tuberculosis representa varios desafíos de salud, que requieren un enfoque en la colaboración multidisciplinaria y estrategias integradas, para abordar con precisión esta doble carga de enfermedad (Bates et al., 2015).

Por otro lado, otros estudios han indicado que las experiencias y creencias de los pacientes pueden influir en gran medida en su aceptación y cooperación o abandono del tratamiento. Los pacientes toman decisiones sobre el rechazo o la continuación del tratamiento en función de sus valores personales. De hecho, los beneficios y daños de los tratamientos sugeridos, como base para las recomendaciones de tratamiento de los médicos, no importan tanto a los pacientes y toman sus decisiones basándose en sus propias experiencias, preferencias y valores. Esto lleva incluso a que algunos pacientes rechacen tratamientos curativos y lo abandonen (Van Kleffens y Van Leeuwen, 2015).

La enfermedad de tuberculosis pulmonar (TB) puede presentarse en forma primaria, post primaria, secundaria, o miliar. La forma primaria es más común en niños. Generalmente se presenta clínicamente en formas insidiosas: fiebre baja, sudores nocturnos, inapetencia y el examen físico puede ser inexpresivo. La forma post primaria es más común en el adulto joven y la sintomatología incluye: tos seca o productiva (purulenta o mucoide, con o sin sangre); fiebre al final de la tarde, sin escalofríos; sudores nocturnos; anorexia; rostros de enfermedades crónicas; pérdida de peso; auscultación pulmonar con soplo vesicular disminuido, soplo

anfórico o normal. La radiografía de tórax puede mostrar cavitaciones únicas o múltiples, con un diámetro promedio de 2 a 5 cm. También puede ocurrir diseminación broncogénica, causando una consolidación neumónica indistinguible de la neumonía bacteriana común (Guimaraes et al., 2018).

Los profesionales de enfermería desempeñan un papel central para garantizar la supervisión integral del tratamiento y también trabajan para evitar que favorezca el abandono, la recaída, la quiebra y la tuberculosis resistente, certificando la adherencia de tratados y que sea posible alcanzar el éxito del tratamiento (Guimaraes et al., 2018).

La no adherencia al tratamiento con los fármacos resulta ser una de las principales barreras para el éxito del tratamiento, ya que el abandono es un factor para el seguimiento de la transmisión de enfermedades, con un impacto en las tasas de recaída de la coinfección y el incremento de la resistencia a los fármacos (Fekadu et al., 2015). Los factores de riesgo de abandono incluyen ser hombre entre 30 y 39 años, ser analfabeto o no haber completado la escuela secundaria, tener conflictos familiares, no vivir en los distritos centrales de las ciudades, ser consumidor de drogas lícitas y/o ilícitas y tener sido tratado previamente por tuberculosis (Brand et al., 2019).

En escenarios con alta proporción de abandono, fracaso del tratamiento y frecuencia de eventos adversos en pacientes con coinfección, es necesario intensificar estrategias para promover un tratamiento efectivo. En cuanto a la coinfección, las recomendaciones internacionales enfatizan la reducción de la multirresistencia (MDR) y la mortalidad, con el diagnóstico oportuno y el Tratamiento Observado Directamente (TOD) como enfoque principal (OMS, 2017). En una indagación efectuada en territorio brasileño que llevó a cabo el análisis de los casos de coinfección TB-VIH notificados en las bases de datos correspondientes a los periodos 2001 y 2011, se observó que el TOD brindaba protección contra el abandono de los tratamientos de la TB y la muerte (Prado et al., 2017).

En Perú, el abandono de los tratamientos de la tuberculosis, constituye uno de los principales obstáculos para ejercer un óptimo control de la tuberculosis, ello en conjunto con la falta de adherencia, la generación resistencias a los fármacos, la propagación del cuadro infeccioso y el abuso de sustancias nocivas. En ese sentido, las razones posibles que conllevan al abandono o suspensión de los medicamentos, tienen efectos secundarios por dichos medicamentos antituberculosos, así como por la desinformación sobre la enfermedad y su adecuado tratamiento, teniendo repercusión en la calidad de vida de los que padecen de esta enfermedad y su entorno cercano, su familia (MINSA, 2023).

Con base a lo anteriormente expuesto, la presente investigación se plantea como interrogante conocer ¿Cuáles son las prácticas en salud del entorno familiar que influyen en el abandono del tratamiento en pacientes hospitalizados con diagnóstico TBC en el Hospital María Auxiliadora?

## **1.2. Antecedentes.**

A nivel internacional se tiene a Castilla (2020) efectuó una pesquisa de maestría, que posee como título: “Revisión de los modelos de Atención Domiciliaria para paciente adulto mayor con enfermedades crónicas y terminales desde la adherencia al tratamiento y calidad de vida”, Colombia, cuyo objetivo consistió en llevar a cabo una evaluación respecto a los modelos de atención en domicilios de pacientes que poseen padecimientos de nivel terminal o crónicos, tendiendo en consideración su adherencia a su tratamiento y el nivel de calidad de vida. En la parte metodológica, la investigación utilizó un enfoque cualitativo con diseño exploratorio y descriptivo basada en la técnica de revisión de literatura de forma sistemática. Fueron un total de 30 investigaciones referidas al tema que comprendieron la muestra de análisis. Los resultados dieron evidencia de que la atención domiciliaria representa a una óptima alternativa para que sea posible la mejora de las redes de apoyo a los adultos mayores. La conclusión a la que se arribó fue que, la atención domiciliaria resulta relevante, no obstante,

su práctica en entornos hospitalarios no resulta muy frecuente, razón por la cual resulta necesario la adopción de estas estrategias y que exista una mayor intervención, de tal forma que sea posible favorecer el bienestar de los adultos mayores y su entorno.

También, Chóez y López (2022) quienes efectuaron una pesquisa que se denominó: “Abandono del tratamiento de tuberculosis en pacientes de 20 a 60 años que acuden al Centro de Salud Guasmo Sur, año 2021”, Ecuador. El objetivo fue determinar y analizar el abandono del tratamiento por parte de los pacientes que padecen de tuberculosis, de aquellos que poseen una edad entre los 20-60 años. En la parte metodológica, la investigación mostró un enfoque de tipología cuantitativa- descriptivo-retrospectivo – transversal. Un total de 60 pacientes fueron los que integraron la muestra analizada. Los hallazgos indicaron que el 63% fueron hombres y el 37% mujeres; el 52% tenía una edad comprendida entre los 20-30 años; el 45% tenían un estado civil de unión libre; con algún tipo de ocupación de trabajo independiente el 50%; el 82% provenían de zonas urbanas. Con respecto al abandono, los pacientes tienden a perder su adherencia o apego durante la primera fase en un 62%. Las principales complicaciones que conllevan al paciente al abandono del tratamiento son las alteraciones hepáticas en un 33%, sin complicaciones el 27%, y el dolor abdominal el 23%. Concluyó que el abandono del tratamiento de este padecimiento obstaculiza el control pertinente y causa las complicaciones.

Por otro lado, Rivadeneira (2022) ejecutó una pesquisa que se denominó: “Factores que inciden en el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar en los pacientes atendidos en el Distrito de Salud 08D01 Esmeraldas, Rioverde”, Ecuador, cuyo objetivo consistió en analizar a los aquellos factores que incidieron en el abandono de tratamiento de TB en los pacientes del establecimiento antes especificado. En la parte metodológica, la investigación aplicó un enfoque mixto (cuantitativo/cualitativo) con diseño descriptivo - transversal. Fueron 24 pacientes quienes conformaron la muestra de análisis. Los hallazgos pusieron en evidencia

que el mayor porcentaje de abandono fueron por parte de hombres de 25 y 45 años, que poseen un bajo nivel de instrucción, y se encuentran en condición de desempleados. Se conoció que son 2 los factores riesgosos que repercuten en el abandono de tratamiento, siendo el aspecto socioeconómico (en el 50% de los casos) y la adicción a las drogas (la otra mitad). Concluyó que las estrategias para hacer frente a la prevalencia de abandono del tratamiento de TB se consideran eficaces y también la familia desempeña un rol relevante al respecto.

Sigue López (2021); quien en su tesis titulada “Funcionalidad familiar, riesgo y abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar que acuden a la UMF 11, Tapachula Chiapas”, México, cuyo objetivo consistió en determinar el vínculo que se presenta entre la funcionalidad familiar, los riesgos y el abandono del tratamiento de TB en dicho centro de salud. En la parte metodológica, la investigación contó con un diseño observacional prospectivo de corte transversal. La muestra la conformaron un total de 22 pacientes diagnosticados y con tratamiento que tienen una asistencia continua a la Unidad Médico Familiar (UMF) N° 11 del Instituto Mexicano del Seguro Social, durante el mes de octubre de 2019 a marzo 2020. A través de los hallazgos se conoció que los pacientes fueron 14 hombres y 8 mujeres, la edad con mayor prevalencia fue entre 36 y 45 años, de las cuales el 32% contaban con educación de nivel secundario y universitario completa, el 45% evidenció riesgos para el abandono y el 55% fueron tipo de familia funcional. Concluyó la existencia de un vínculo entre las variables establecidas; lo cual permitió inferir que mientras más disfuncional este la familia, existirá mayores riesgos de abandono del tratamiento, sin embargo, no la suspensión total del tratamiento.

Además, está Llanes (2021), en su estudio que llevó por título “Prevención del Abandono de Tratamiento en pacientes con consumo problemático de sustancias”, estableció como propósito fundamental prevenir el abandono de los tratamientos en aquellos pacientes que se encuentran internados por consumo problemático de sustancias dentro de los servicios

de Salud Mental del Hospital Rio Cuarto, en Argentina. La metodología, fue de tipo investigación acción participativa (IAP) con diseño descriptivo, la muestra la conformaron las personas internadas en dicho centro por motivos de consumo de sustancias ( $n = 50$ ) considerados como población de riesgo para el abandono terapéutico. Concluye que se desarrollaron pautas actividades que abordaron las diferentes temáticas, como lo son el manejo de emociones, así como la proporción de información al paciente sobre de su problemática; todo esto con el propósito de evaluar los logros del dispositivo desarrollado y realizar futuras recomendaciones hacia la institución.

A nivel nacional, se consideró el trabajo de Vargas (2022) quien efectuó una pesquisa denominada: “Factores de riesgo sociodemográficos asociados al abandono del tratamiento de tuberculosis en el Centro de Salud Delicias de Villa – Chorillos durante el periodo enero 2017 – junio 2020”, cuya finalidad se orientó a conocer los factores de riesgos que se vinculan con este padecimiento. En la parte metodológica, se abordó una tipología observacional, analítica, estudio de casos, controles y retrospectiva. El tamaño muestral quedo conformada por un total de 144 pacientes del mencionado centro de salud. Las conclusiones fueron que los factores de riesgos de dichos pacientes que conlleva al abandono del tratamiento antituberculoso estuvieron relacionado el nivel de instrucción que poseen, la situación entorno a lo laboral, al consumo de bebidas alcohólicas, entre otros.

Por su parte, Novoa (2020) desarrolló una pesquisa cuya denominación fue: “Factores de riesgo del abandono al tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos en la IPRES I-3, Cardozo 2021”, Iquitos, cuyo objetivo consistió en determinar aquellos factores conducentes al abandono de tratamientos de TB por parte de los atendidos en el establecimiento indicado previamente. En la parte metodológica, se abordó una tipología cuantitativa, descriptivo-correlacional y transversal; teniendo a un total de 24 pacientes quienes conformaron la base muestra. Los resultados indicaron que 41 era la edad promedio de los pacientes, el 66.7%

fueron de género masculino, 62.5% en estado civil conviviente, 58.4% con nivel de educación secundaria, 54% con ingresos mensuales inferiores a los 500 soles, el 4.2% dejó de lado el tratamiento de la TB. Concluye que los factores de tipo sociodemográficos no poseen un vínculo con el abandono de los tratamientos, al igual que los factores de carácter económico.

Cabe mencionar que los factores propios del establecimiento de salud (trato del personal) si tienen un vínculo con que un paciente deje su tratamiento a su padecimiento de TB ( $p = 0.046$ ).

Loayza (2020) efectuó una pesquisa, en la cual se tuvo como título: “Calidad de vida en pacientes de la estrategia sanitaria de control y prevención de tuberculosis en los Centros de Salud de San Sebastián, Santa Rosa y San Jerónimo, Cusco 2020”, su objetivo consistió en identificar la calidad de vida de dichos pacientes. En la parte metodológica, la investigación fue cualitativa - descriptivo - transversal, la muestra se conformó por un total de 36 pacientes TB. Concluyó que el nivel de calidad de vida fue alto y positivo alcanzando un 47.2%, además, 3 de cada 10 personas tienen un nivel bajo, es decir, un 30.6%. Por otro lado, el 67% obtuvieron ingresos inferiores al salario mínimo vital, mientras que un 8% si lo superaron (S/ 930), el 78% recibió información referente a este padecimiento, ello de parte los profesionales médicos y el 22% del personal de enfermería.

Asimismo, Sante y Valdivia (2020) en su tesis de especialización que llevó por título “Factores que influyen en el abandono o éxito del tratamiento de pacientes con tuberculosis”, cuyo objetivo consistió en sistematizar diversos artículos científicos relacionados con los factores influyentes en el cumplimiento de tratamiento de TB. En la parte metodológica, la investigación se aplicó como método la revisión de forma sistemática de la literatura, se tuvo en cuenta un diseño observacional retrospectivo de corte longitudinal (últimos 10 años) con el método GRADE. Los resultados indicaron que el 40% de los artículos científicos fueron revisiones sistemáticas, el 60% de los artículos científicos trataron sobre el conocimiento de la enfermedad, el 30% sobre el apoyo familiar, el 10% sobre el apoyo laboral, otro 10% sobre el

TDO y financiamiento, y solamente un 10% afirma que el cambio de domicilio es un factor que influye en que una persona deje de lado su tratamiento de TB, además, de tener más de 65 años de edad. Concluyen que todas las dimensiones descritas en los resultados son factores influyentes de modo directo en que un paciente cumpla con su tratamiento. El conocimiento sobre la enfermedad representa a uno de los factores que tiene más influencia en el tratamiento de la tuberculosis.

Por último, Yupanqui (2020) en su tesis de grado “Factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento en los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Madre Teresa de Calcuta, El Agustino, 2018”, su objetivo fue determinar los factores de riesgo que se encuentran ligados a que un paciente deje de lado su tratamiento, ello en el establecimiento especificado previamente. En la metodología, se abordó una tipología descriptiva-prospectiva, transversal, en la que la muestra la conformaron 45 pacientes. Los resultados mostraron que los factores predictores del abandono de tratamiento de la TB vienen a ser: el nivel de instrucción, ocupación, bajos ingresos mensuales, poca comunicación familiar, escasa comunicación con el entorno y el rechazo familiar. Concluyó que es fundamental que se ofrezca una mejor perspectiva sobre las deficiencias en torno al personal de salud, para que se pueda brindar una atención basada en un enfoque multidisciplinario, integral e individual de cada paciente, y que se realice de manera periódica las visitas domiciliarias y recordatorios, de tal forma que favorezca a que se evidencien mejorías en los pacientes.

### **Bases teóricas**

La tuberculosis suele afectar a los pulmones (TB pulmonar) y se adquiere mediante la inhalación de núcleos de gotitas que se encuentran en el aire después de una exposición que suele durar varias horas. El contacto estrecho y la infecciosidad del paciente fuente resultas ser factores riesgosos que conducen a la infección de personas tuberculina negativas (Reichler et al., 2020).

Actualmente, el tratamiento este padecimiento sensible a los fármacos requiere una terapia combinada que consiste en una fase intensiva con rifampicina, isoniazida, etambutol y pirazinamida (con una duración de 2 meses), seguida de una fase de continuación isoniazida y rifampicina (con una duración de 4 meses) (OMS, 2017). Se recomienda la terapia de observación directa (TDO) para garantizar el cumplimiento del régimen complejo y disuadir la aparición y propagación de la tuberculosis MDR.

El tratamiento tiene éxito en alrededor del 85% de las personas que los padecen después de 6 meses de tratamiento. Además, los individuos pueden dejar de ser infecciosos alrededor de 2 semanas de haber empezado con el tratamiento, lo que restringe que la enfermedad se transmita. Por tanto, el inicio rápido de tratamientos es importante tanto para el paciente como para sus contactos cercanos. Sin embargo, el tratamiento de la tuberculosis se complica por la creciente prevalencia de la tuberculosis multirresistente, que requiere un tratamiento prolongado y complejo y es más probable que se asocie con malos resultados (OMS, 2021). Incluso después de un tratamiento exitoso, los pacientes pueden tener una enfermedad pulmonar continua y una menor esperanza de vida (Allwood et al., 2021).

Los fármacos utilizados para tratar la tuberculosis se conocen bien desde la perspectiva clínica y las pruebas de susceptibilidad indicarán qué régimen de tratamiento es apropiado (OMS, 2017). Sin embargo, la eficacia del tratamiento depende del cumplimiento por parte del paciente de un régimen de tratamiento prolongado y exigente con efectos secundarios asociados. En este contexto, se necesita un enfoque centrado en el paciente que considere sus circunstancias específicas para garantizar una adherencia suficiente y buenos resultados de la terapia (OMS, 2021).

Sobre la familia como promotora de la salud, Satir creía que la familia era un sistema en el que todos se veían afectados y afectaban a todos en general; la personalidad y la forma de pensar de la terapeuta eran los factores de mayor relevancia a su disposición. En el aspecto

general, se tiene 3 fases principales de la terapia familiar: primero, el cual genera el contacto y se establece un contrato, seguido de la reunión con la familia para recopilar información suficiente que permita conocer al paciente y su entorno, y finalmente, cuando se busca una nueva integración que se caracterice por la esperanza y el deseo de hacer las cosas de formas diferentes, los cambios en las percepciones de los miembros sobre los sistemas, los estilos de comunicación y, en definitiva, la "autoestima familiar".

Como primera variable de estudio se tiene a: Prácticas en salud del entorno familiar

En 2004, Pia Christensen se sumó a este diálogo al proponer un modelo conceptual de “familia promotora de la salud” (Christensen, 2004). Al hacerlo, llamó la atención sobre la escasez de investigaciones relacionadas con cómo las familias participan en la promoción de su salud en el contexto de sus vidas cotidianas, y defendió la importancia de una mayor comprensión sobre cómo la familia puede desempeñar un papel en la promoción tanto de la sanidad de todos los miembros y sus capacidades como actores promotores. Junto con los factores ambientales como los ingresos, la educación y los recursos, sugirió hacer hincapié en el camino eco cultural de la familia (valores y objetivos familiares) y las prácticas familiares (incluidas las prácticas vinculadas a la nutrición, conductas, actividades físicas y las conexiones sociales significativas) para promover la salud. Además de las figuras adultas o parentales en las familias, el núcleo del modelo de Christensen es la importancia del niño como un “actor promotor de la salud” que tiene la posibilidad de efectuar participación, contribución, y gestión de su salud y su bienestar (Christensen, 2004).

Al abordar el modelo de Christensen, sorprendió lo poco desarrollados que parecían los marcos conceptuales y/o teóricos de las familias promotoras de la salud en comparación con los marcos que se han desarrollado para describir y guiar otros entornos. De hecho, si bien se señala repetidamente a la familia como un contexto esencial y universalmente crítico para la promoción de la salud, la exposición de modelos conceptuales para una “familia promotora de

la salud” es limitado. Existen numerosas razones probables para estas brechas, entre ellas que la familia, el modo de crianza y el desarrollo de los infantes, que son actividades íntimas y culturalmente vinculadas que varían significativamente entre hogares y entornos y para las cuales la autoridad permanece en gran medida en la esfera personal frente a la pública, estatal u organizacional. Además, las familias son complejas y diversas. Cualquier intento de delinear lo que podría caracterizar a una familia como contexto de promoción sanitaria y las prácticas saludables del entorno familiar deben ser lo suficientemente amplias y flexibles para reconocer las complicaciones que puedan presentar los individuos que padecen de tuberculosis (Michaelson et al., 2021).

En ese sentido, la OMS planteó una definición sobre el autocuidado, la cual pasó a ser parte de sus directrices: “El autocuidado es la capacidad que tienen las personas, familias y comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud y enfrentar a las enfermedades y discapacidades con o sin apoyo de un personal de la salud” (OMS, 2009, p. 1). Desde esa perspectiva, dichas acciones son un acto netamente consciente, para lo cual resulta necesario que el paciente y su entorno familiar tenga conocimiento de las medidas de prevención y la relevancia de su aplicación, de tal forma que contribuya no solo en la salud, sino también en la mejora del entorno, y se minimicen los riesgos de que se contraiga dicho padecimiento (Tuberculosis [TB]).

Las dimensiones de la variable Prácticas en salud del entorno familiar, como parte de las medidas de prevención del entorno familiar de que padecen la enfermedad de TB son las siguientes:

Primero, control médico de contactos. Integra la evaluación de manera completa y su respectivo seguimiento a los pacientes que han desarrolla la enfermedad, con la finalidad que se prevenga la continua la propagación de TB, así como la detección oportuna de los posible nuevos casos (Salud Madrid, 2015).

Segunda dimensión, medidas de saneamiento: Estas medidas implican el desarrollo de actividades de ventilación, principalmente de las áreas en las que el paciente se desenvuelve, la cual preferentemente tienen que ser de uso exclusivo del enfermo. Es necesario que se ejerza protección de la zona de la nariz, ello para que se evite que se dispersen los bacilos dentro de las etapas correspondientes al tratamiento mediante los fármacos. Cabe indicar que estas medidas son consideradas como de prevención primaria (MINSA, 2023).

Tercera dimensión, Higiene: En relación a la higiene, esta comienza la adecuada limpieza y lavado de las manos, las cuales deben de efectuarse de manera permanente, y principalmente posterior al uso de los servicios higiénicos, antes y después de realizar el consumo de alimentos y tras coger algún tipo de objeto (MINSA, 2023).

Cuarta dimensión, Alimentación: La alimentación está comprendida por la ingesta de una óptima dieta, es decir, que sea equilibrada, misma que debe de contener lípidos, proteínas, minerales, vitaminas y glúcidos (MINSA, 2023).

Y como quinta dimensión: Control de hábitos nocivos: Esta dimensión viene a comprender el no uso de sustancias nocivas para el cuerpo humano, tales como el alcohol, tabaco y drogas. Estas restricciones deben ser mucho más drásticas para pacientes con tuberculosis, debido a que ejercen efectos negativos y contrarrestan a su salud (MINSA, 2023).

Como segunda variable, pero de tipo dependiente se tiene al: Abandono de tratamiento De acuerdo a lo establecido en la “Norma Técnica de Salud dispuesta para el Cuidado Integral de la Persona Afectada por Tuberculosis” del 25/03/2023, cuya finalidad consiste en “contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad por la tuberculosis en el Perú”. La persona que abandona del tratamiento antituberculoso se considera como aquel “paciente que ha iniciado el tratamiento y deja de cumplirlo por 30 días consecutivos o más, incluye también al paciente que ha tomado el tratamiento por menos de 30 días y deja de tomarlo” (MINSA, 2023).

En ese sentido, la adherencia o la interrupción del tratamiento de TB, implica que el paciente comprenda y conozca lo referente a este padecimiento, así como las expectativas que posee sobre su recuperación, los daños y beneficios que implica el cumplimiento del tratamiento, los tipos de tratamiento que existe, la calidad de tratamiento recibido en un centro de salud, así como las otras diversas medidas de apoyo eficaces que le hayan dispensado su entorno y familia durante la fase de supervivencia. Por otro lado, si la tasa de fallo es superior al 5%, se considera que la problemática se relaciona con el sistema de salud y resulta indispensable que se investigue al respecto (MINSA, 2023).

La discrepancia entre los niveles de abandono del tratamiento descritas en la literatura como señala Cabral et al. (2016), sugieren que este suceso no está asociado exclusivamente con factores socioeconómicos. Además, garantizar un diagnóstico y tratamiento adecuados no es suficiente para controlar la tuberculosis; todavía resulta necesario que se supere el desafío de carácter psicológico que supone que se tenga que convencer a las personas (o a los cuidadores, en el caso de los niños) de la necesidad de tratar una infección no contagiosa en ausencia de síntomas de enfermedad (Machado et al., 2015; OMS, 2017).

Por otro lado, se tiene a los factores de riesgos asociados al abandono del tratamiento. Frente a esto, según Cáceres (2004) la no adherencia a los tratamientos de la tuberculosis se debe en cierta medida al paciente y el entorno social que posee, así como el aspecto cultural y económica. De otro lado, también se considera como causales externo a los tratamientos con fármacos que le aplican y sus características, en las que se le suma los servicios de sanidad y los cuidadores que posee.

Las dimensiones de la variable abandono del tratamiento son las siguientes:

Primero, factores de riesgos biológicos del paciente con TB, las cuales son: edad la cual Según Quintero et al. (2013) no existe consenso respecto al rango de edad que poseen mayores niveles de riesgo de abandono de tratamiento. Quien señala que entre los 45 y 54 años son los

de mayor prevalencia, por otro lado (Dalens, 2012) indica que la edad se ubica entre los 21 y 31 años, mientras que Plata (2015) sostiene que la edad promedio de abandono del tratamiento son los 30 años, y que un mayor nivel de riesgo se presenta a partir de los 25 años de edad. Además del sexo, que de acuerdo con Soza et al. (2005) con base a sus estudios empíricos comprobados, sostiene que las personas de género masculino son los más proclives a efectuar el abandono en su tratamiento, ello a comparación con las mujeres.

La segunda dimensión son los factores de riesgos de tipo sociales de los pacientes con TB. Para ello, se considera el apoyo familiar que de acuerdo con lo aseverado por Cáceres & Orozco (2007), es un aspecto relevante para que se consiga el apego al tratamiento. En ese sentido, consideran que el apoyo de la familia minimiza la posibilidad de que se ejerza una interrupción del tratamiento, pues actúa como un agente protector. También está el ingreso económico. Es considerado un factor de riesgo en la suspensión del tratamiento antituberculoso. En referencia a lo anterior, Arriola et al. (2011) sostienen que los bajos ingresos que podría presentar el enfermo se vinculan con el riesgo de que interrumpa su tratamiento. A su vez, se ha conocido que la TB, en el largo plazo, se vincula también con mayores niveles de desnutrición, pobreza, desempleo, no acceso a servicios básicos, deficiente higiene, entre otros.

Además del Consumo de sustancias nocivas. De acuerdo a lo explicado por Culqui et al. (2005), este aspecto es un factor de riesgo continuo para que un paciente interrumpa el cumplimiento de su tratamiento, pues al generar una sensación de euforia momentánea genera que el paciente desvíe su objetivo y sus preferencias.

Una última dimensión son los factores de riesgos culturales del paciente con TB donde se evalúa: Nivel de instrucción. Cáceres (2004) asevera al respecto que, el nivel instructivo de una persona es vital, pues mientras menor sea, existe mayores probabilidades de que interrumpa o deje de lado el cumplimiento de su tratamiento. Ello se encuentra explicado por el hecho de

que mientras menor sea su nivel de instrucción existirá mayor dificultad para que la información brindada por los especialistas sea entendida por el paciente.

De igual forma, el Conocimiento de la enfermedad. Constituye un aspecto vital que tiene influencia en el comportamiento del paciente, pues partirá de ello que efectúe la aceptación o rechazo del tratamiento que se le asigne, así como de su cumplimiento cabal, seguimiento de las indicaciones, desarrollo de cuidados pertinentes, detección oportuna de posibles efectos secundarios, entre otros. Cabe mencionar que, la ignorancia generalmente conduce a que se creen concepciones erradas y se comprenda mal la orientación del tratamiento.

### ***1.1.1 Formulación del problema***

Todo lo narrado permite proponer las siguientes interrogantes:

#### **1.1.1.1 Problema General**

¿Cuáles son las prácticas de salud del entorno familiar que influyen en el abandono del tratamiento en pacientes hospitalizados con diagnóstico TBC en el Hospital María Auxiliadora?

#### **1.1.1.2 Problemas Específicos**

¿Cuál es la relación que existe entre prácticas de factores biológicos del entorno familiar y el abandono de Tratamiento en pacientes Afectados con TBC atendidos en el Hospital María Auxiliadora en el año 2022?

¿Cuál es la relación que existe entre prácticas de factores sociales del entorno familiar y el abandono de Tratamiento en pacientes Afectados con TBC atendidos en el Hospital María Auxiliadora en el año 2022?

¿Cuál es la relación que existe entre prácticas de factores culturales del entorno familiar y el Abandono de Tratamiento en pacientes Afectados con tuberculosis atendidos en el Hospital María Auxiliadora en el año 2022?

### **1.3. Objetivos**

#### ***1.3.1 Objetivo general***

Identificar la relación entre las prácticas de salud del entorno familiar y el abandono del tratamiento en pacientes hospitalizados con diagnóstico TBC. en el Hospital María Auxiliadora.

#### ***1.3.2 Objetivos específicos***

Describir la relación entre las prácticas de salud del entorno familiar y la dimensión factores familiares del abandono de tratamiento en pacientes afectados con TBC atendidos en el Hospital María Auxiliadora en el año 2022.

Describir la relación entre las prácticas de salud del entorno familiar y la dimensión factores sociales del abandono de tratamiento en pacientes afectados con TBC atendidos en el Hospital María Auxiliadora en el año 2022.

Describir la relación entre las prácticas de salud del entorno familiar y la dimensión factores culturales del abandono de tratamiento en pacientes afectados con TBC atendidos en el Hospital María Auxiliadora en el año 2022.

### **1.4. Justificación**

Lo que se pretende reconocer inicialmente, a partir de la descripción de la realidad problemática es que existe en pacientes y su entorno. Un bajo nivel de conocimiento sobre la tuberculosis lo que puede conducir a complicaciones en su tratamiento y su consecuente recuperación, aumentando la transmisión y retrasando el comportamiento de búsqueda de atención médica.

El control de la TBC podría mejorarse significativamente si se prestara más atención al conocimiento y las actitudes de la población sobre la TBC y el comportamiento de los pacientes y su entorno familiar vinculado con la atención médica, dirigiendo los esfuerzos hacia que las personas estén más informadas y conscientes de todos los aspectos de la TBC.

De otro lado, se pretende concientizar sobre el adecuado cuidado de la salud de los que padecen esta enfermedad, contribuyendo en su recuperación con soporte en el entorno, contexto familiar y social. El desarrollo de políticas para aumentar la alfabetización sanitaria entre la población y los profesionales del rubro de la salud que creen entornos propicios en el que se pueden lograr resultados óptimos relacionados en pacientes afectados con la TBC.

Diferentes estudios de diferentes países muestran la importancia del problema del bajo conocimiento sobre TBC y los diversos factores conducentes a la interrupción del tratamiento, tales como sociales, familiares y su entorno como es el caso de esta investigación.

La pesquisa abordada contribuirá a que se esclarezca de manera precisa los factores que conducen a que los pacientes dejen de lado su tratamiento. Cabe mencionar que, hace falta insistir en prácticas culturales de prevención, trabajar con la familia directa, sensibilizar al buen soporte de acompañamiento integral, durante el tratamiento en los puestos de salud, contribuir a obtener un diagnóstico certero, preciso y rápido y que se logre disminuir la morbilidad, que es un problema prioritario de salud pública en nuestro país. Tener una visión sistémica que pueda abordar un cambio en su vida integral. Brindar connotación positiva en cada sistema donde se presente un caso de tuberculosis

Las atenciones sociales dadas en el hospital María Auxiliadora, específicamente en el área CENEX, durante el periodo de 2022, con el diagnóstico de tuberculosis pulmonar ,fue aumentando considerablemente, motivo por el cual se considera que a través de prácticas culturales sería un soporte muy significativo trabajando en equipo multidisciplinario con la finalidad de lograr la recuperación óptima del paciente afectado con la tuberculosis

considerando como parte del equipo a la familia directa del paciente o según la evaluación social que atribuye cada caso.

Esto llamó mucho la atención debido a que el personal que atiende en el CENEX del hospital, son muy dedicadas al trabajo otorgado y están pendientes de estos pacientes, sin embargo, nos lleva a preguntarnos el porqué del abandono del tratamiento aun siendo gratuito, por lo que es relevante cuestionarse e indagar cuales son los problemas adicionales que puedan quedar por conocer que conlleven a la interrupción de los tratamientos de los pacientes. Reincidentes atendidos en el hospital María Auxiliadora.

### **1.5. Impactos esperados del trabajo académico**

De la indagación se espera el siguiente impacto: Que los profesionales de la salud, al trabajar en el programa de la Estrategia Sanitaria Nacional del Control y Prevención de la Tuberculosis. En sus tres niveles de atención, considere dentro del equipo Multidisciplinario en medidas preventivas de bioseguridad a la Familia del paciente, se debe tener en cuenta la importancia de trabajar a la par con un personal especializado en terapia familiar, los casos serian derivados durante el tratamiento cuando el paciente arroje resultados ( Bk-) que ayuden a la recuperación del paciente, este tipo de atención permitiría al paciente mejorar sus relaciones intra familiares y dar un cambio positivo en su recuperación y termino de su tratamiento. Evitando el Abandono de tratamiento. Esta propuesta contribuiría a mejorar las relaciones familiares, No Abandono de tratamiento, aplicar buenas prácticas preventivas culturales a nivel de Bioseguridad en sus hogares y otros.

## II. METODOLOGIA

### 2.1. Tipo y diseño de investigación.

El estudio es de tipo aplicada con alcance descriptivo y correlacional, además de tener un enfoque cuantitativo, de corte transversal.

### 2.2. Ámbito espacial y temporal.

#### Ámbito temporal

Se realizó entre los meses de enero a diciembre de 2022.

#### Ámbito espacial:

Hospital María Auxiliadora.

### 2.3. Variables y operacionalización

**Variable 1: Prácticas en salud del entorno familiar:** Cualquier intento de delinear lo que podría caracterizar a una familia como contexto de promoción sanitaria y las prácticas saludables del entorno familiar deben ser lo suficientemente amplias y flexibles para reconocer las complicaciones que puedan presentar los individuos que padecen de tuberculosis (Michaelson et al., 2021).

**Dimensión 1:** Control médico de contactos. Integra la evaluación de manera completa y su respectivo seguimiento a los pacientes que han desarrolla la enfermedad, con la finalidad que se prevenga la continua la propagación de TB, así como la detección oportuna de los posible nuevos casos (Salud Madrid, 2015).

**Dimensión 2:** Medidas de saneamiento. Estas medidas implican el desarrollo de actividades de ventilación, principalmente de las áreas en las que el paciente se desenvuelve, la cual preferentemente tienen que ser de uso exclusivo del enfermo. Es necesario que se ejerza protección de la zona de la nariz, ello para que se evite que se dispersen los bacilos dentro de

las etapas correspondientes al tratamiento mediante los fármacos. Cabe indicar que estas medidas son consideradas como de prevención primaria (MINSa, 2023).

**Dimensión 3:** Higiene. En relación a la higiene, esta comienza la adecuada limpieza y lavado de las manos, las cuales deben de efectuarse de manera permanente, y principalmente posterior al uso de los servicios higiénicos, antes y después de realizar el consumo de alimentos y tras coger algún tipo de objeto (MINSa, 2023).

**Dimensión 4:** Alimentación. La alimentación está comprendida por la ingesta de una óptima dieta, es decir, que sea equilibrada, misma que debe de contener lípidos, proteínas, minerales, vitaminas y glúcidos (MINSa, 2023).

**Dimensión 5:** Control de hábitos nocivos. Esta dimensión viene a comprender el no uso de sustancias nocivas para el cuerpo humano, tales como el alcohol, tabaco y drogas. Estas restricciones deben ser mucho más drásticas para pacientes con tuberculosis, debido a que ejercen efectos negativos y contrarrestan a su salud (MINSa, 2023).

**Variable 2: Abandono de tratamiento:** De acuerdo a lo establecido en la “Norma Técnica de Salud dispuesta para el Cuidado Integral de la Persona Afectada por Tuberculosis” del 25/03/2023, cuya finalidad consiste en “contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad por la tuberculosis en el Perú”. La persona que abandona del tratamiento antituberculoso se considera como aquel “paciente que ha iniciado el tratamiento y deja de cumplirlo por 30 días consecutivos o más, incluye también al paciente que ha tomado el tratamiento por menos de 30 días y deja de tomarlo” (MINSa, 2023).

**Dimensión 1:** Factores de riesgos biológicos del paciente con TB. Aquí se encuentran los siguientes indicadores: Edad, según Quintero et al. (2013) no existe consenso respecto al rango de edad que poseen mayores niveles de riesgo de abandono de tratamiento.

Sexo. De acuerdo con Soza et al. (2005) con base a sus estudios empíricos comprobados, sostiene que las personas de género masculino son los más proclives a efectuar el abandono de su tratamiento, ello a comparación con las mujeres.

**Dimensión 2:** Factores de riesgos sociales del paciente con TB. Se considera: el apoyo familiar. De acuerdo con lo aseverado por Cáceres & Orozco (2007), el apoyo familiar es un aspecto relevante para que se consiga el apego al tratamiento. En ese sentido, consideran que el apoyo de la familia minimiza la posibilidad de que se ejerza una interrupción del tratamiento, pues actúa como un agente protector. Seguido del ingreso económico, el cual es considerado un factor de riesgo en la suspensión del tratamiento antituberculoso. En referencia a lo anterior, Arriola et al. (2011) sostienen que los bajos ingresos que podría presentar el enfermo se vinculan con el riesgo de que interrumpa su tratamiento. Y el consumo de sustancias nocivas, de acuerdo a lo explicado por Culqui et al. (2005), este aspecto es un factor de riesgo continuo para que un paciente interrumpa el cumplimiento de su tratamiento, pues al generar una sensación de euforia momentánea genera que el paciente desvíe su objetivo y sus preferencias.

**Dimensión 3:** Factores de riesgos culturales del paciente con TB. En este punto se encuentra el nivel de instrucción. Cáceres (2004) asevera al respecto que, el nivel instructivo de una persona es vital, pues mientras menor sea, existe mayores probabilidades de que interrumpa o deje de lado el cumplimiento de su tratamiento. Y el conocimiento de la enfermedad, el cual constituye un aspecto vital que tiene influencia en el comportamiento del paciente, pues partirá de ello que efectúe la aceptación o rechazo del tratamiento que se le asigne, así como de su cumplimiento cabal, seguimiento de las indicaciones, desarrollo de cuidados pertinentes, detección oportuna de posibles efectos secundarios, entre otros.

## **2.4. Población y Muestra.**

### **Población**

Se identificó que existió un total de 115 pacientes hospitalizados el año 2022 que se atendieron en el Servicio de Neumología CENEX “Niño Jesús” del Hospital María Auxiliadora.

### **Muestra.**

Se consideró una muestra de 30 pacientes seleccionados en función a los criterios de inclusión y exclusión que se exponen a continuación:

#### **Criterios de Inclusión:**

- Pacientes que se encontraban hospitalizados en el área Servicio de Neumología (CENEX) “Niño Jesús” del Hospital María Auxiliadora.
- Pacientes en edades de 20 a 60 años.
- Pacientes que presentaban diagnóstico de TBC pulmonar y/o extrapulmonar
- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes que participen de manera voluntaria en el estudio.
- Pacientes en situación de abandono familiar.
- Pacientes con diagnóstico de toxicomanía y otra condición de comorbilidad

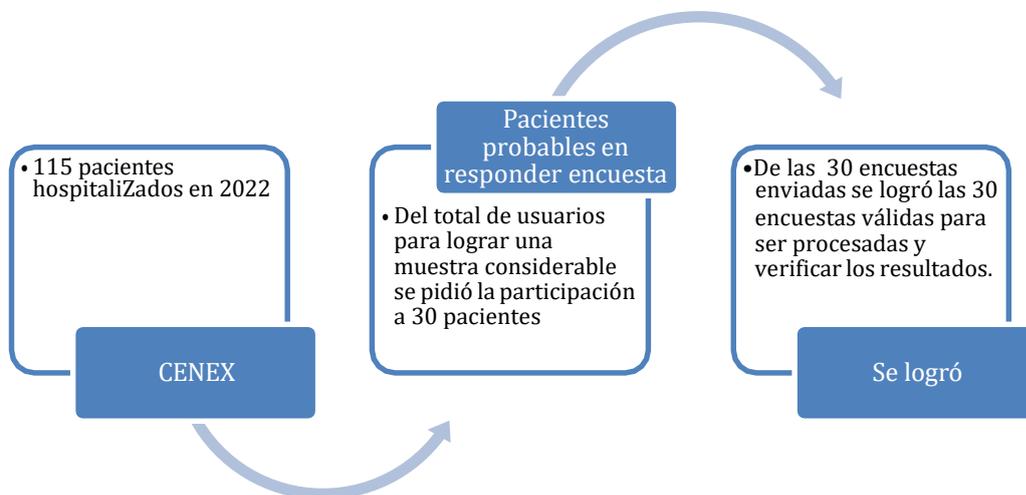
#### **Criterios de Exclusión**

- Pacientes atendidos en consulta externa en área Servicio de Neumología (CENEX) “Niño Jesús” del Hospital María Auxiliadora.
- Pacientes con diagnósticos de asma.
- Pacientes con una edad inferior a 20 años y/o superior a los 60 años de ambos sexos.

- Pacientes que no tiene interés en participar en el estudio.

### Figura 1

*Pacientes probables de responder encuesta.*



*Nota.* Elaboración propia

## 2.5. Instrumentos

En la Investigación se utilizaron los siguientes instrumentos: evaluación a través de la ficha social validada por el Departamento de Servicio Social (Anexo 1), visitas domiciliarias (Anexo 2), encuesta para, el caso se aplicó una entrevista estructurada, la misma que se denomina “Cuestionario para medir prácticas de salud del entorno familiar y abandono de tratamiento en pacientes con TBC”. Los instrumentos a usar corresponden a encuestas validadas en estudios previos realizados en el Perú (Anexo 3). El mismo que consta de 32 ítems dividido en la medición de las dimensiones, y se basa en la siguiente categoría:

**Tabla 1**

*Categorías del instrumento.*

Categorías	Puntuación
Nunca	0
A veces	1
Siempre	2

*Nota.* Elaboración propia

Mientras que los niveles de las variables, se desarrollan del siguiente modo:

**Tabla 2**

*Niveles de las variables de estudio*

Nivel	Control médico de contactos	Medidas de saneamiento	Higiene	Alimentación	Control de hábitos	Prácticas en salud del entorno familiar
Inadecuada	0 - 2	0 - 2	0 - 2	0 - 3	0 - 2	0 - 11
Medianamente adecuada	3 - 4	3 - 4	3 - 4	4 - 7	3 - 4	12 - 23
Adecuada	5 - 6	5 - 6	5 - 6	8 - 10	5 - 6	24 - 34

*Nota:* Elaboración propia.

**Tabla 3**

*Niveles de los factores*

Nivel	Factores familiares	Factores sociales	Factores culturales	Abandono de tratamiento
Bajo	0 - 3	0 - 3	0 - 3	0 - 10
Medio	4 - 7	4 - 7	4 - 7	11 - 20
Alto	8 - 10	8 - 10	8 - 10	21 - 30

*Nota:* Elaboración propia.

## 2.6. Procedimientos

Para llegar al grupo de estudio, se desarrolló una planificación anticipada en cooperación con las Jefaturas de Servicio Social y Jefatura de Neumología del Hospital María Auxiliadora y de los pacientes participantes. Después de obtener el permiso institucional y el consentimiento de los participantes, se programó una cita donde podían responder voluntariamente preguntas generales y un cuestionario de recuerdo.

Los instrumentos que nos permitieron el recojo de información a través de las técnicas entrevistas, visitas domiciliarias, y evaluaciones sociales aplicando la ficha social validada en el Dpto. de Servicio Social Hospital María Auxiliadora.

Para el caso se aplicó una encuesta en línea, tomando en cuenta las dimensiones e indicadores de las variables analizadas y que permita reconocer la relación entre las mismas

### **2.7. Método de análisis de datos.**

Una vez finalizada la recogida de datos, se revisó detalladamente la información obtenida con el objetivo de detectar posibles desviaciones y prevenir su influencia en los resultados.

Después de finalizado el proceso de control de calidad y posterior codificación de la información recopiladas, se procedió a la creación de la base de datos mediante el software de naturaleza estadística SPSS v25.

Los resultados fueron mostradas a través de tablas estadísticas y se analizan mediante estadística descriptiva e inferencial.

### III. RESULTADOS

**Tabla 4**

*Relación entre las prácticas de salud del entorno familiar y el abandono de tratamiento en pacientes afectados con tuberculosis.*

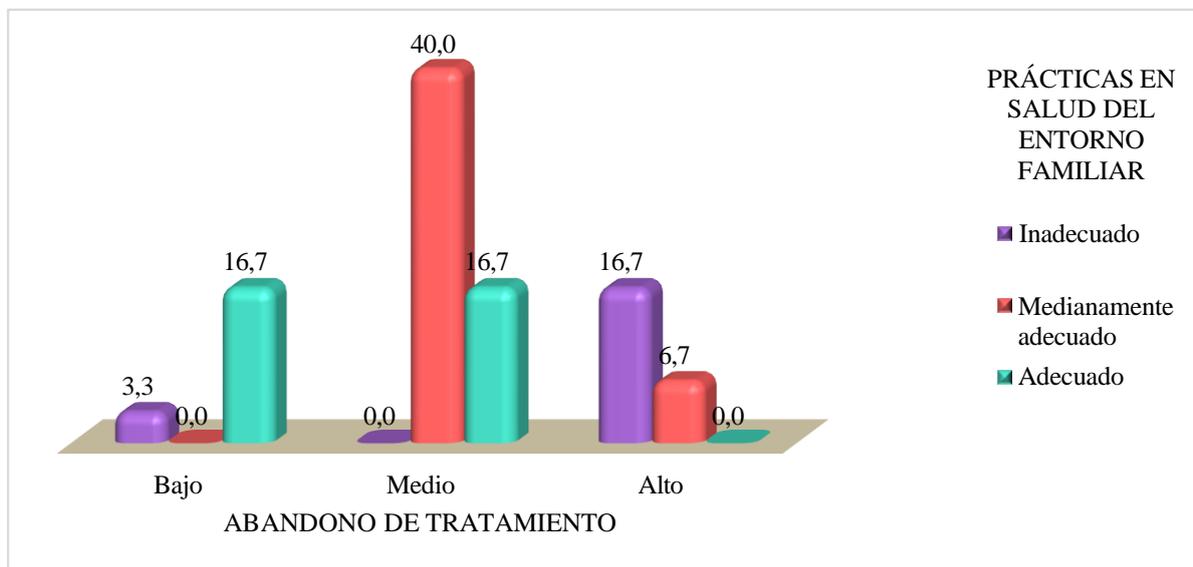
		PRÁCTICAS EN SALUD DEL ENTORNO FAMILIAR							
		Inadecuado		Medianamente adecuado		Adecuado		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
ABANDONO DE TRATAMIENTO	Bajo	1	3.3	0	0.0	5	16.7	6	20.0
	Medio	0	0.0	12	40.0	5	16.7	17	56.7
	Alto	5	16.7	2	6.7	0	0.0	7	23.3
	Total	6	20.0	14	46.7	10	33.3	30	100.0

*Nota:* resultados obtenido a través del procesamiento de la información

En la Tabla 1 se evidencia que del total de pacientes encuestados con afecciones de tuberculosis atendidos en el Hospital María Auxiliadora en el año 2022, el 56.7% (17) presentan un abandono del tratamiento de TB en nivel medio, de las cuales el 40.0% (12) presentan prácticas en salud medianamente adecuadas en el entorno familiar; por su parte, se observa que el 23.3% (7) de los pacientes refieren un alto nivel de abandono del tratamiento, de los cuales, el 16.7% (5) reportan inadecuadas prácticas de salud en sus hogares; mientras que del 20.0% (6) de pacientes con bajos niveles de abandono del tratamiento de TB el 16.7% (5) reportan adecuadas prácticas de salud en sus hogares.

**Figura 2**

*Representación gráfica de la relación entre las prácticas de salud del entorno familiar y el abandono de tratamiento en pacientes afectados con tuberculosis*



*Nota:* imagen ilustrativa obtenida a través del procesamiento de la información

**Análisis:** Se evidencia que el alto nivel de abandono del tratamiento de TBC en los pacientes se debe a la práctica inadecuada de actividades de salud dentro del entorno familiar, mientras que una adecuada práctica de controles médicos en la familia, buenas medidas de saneamiento en los hogares, buena higiene personal, adecuada alimentación y manejo de los hábitos contribuyen al bajo nivel de abandono del tratamiento de TBC

**Tabla 5**

*Relación entre las prácticas de salud del entorno familiar y la dimensión factores familiares.*

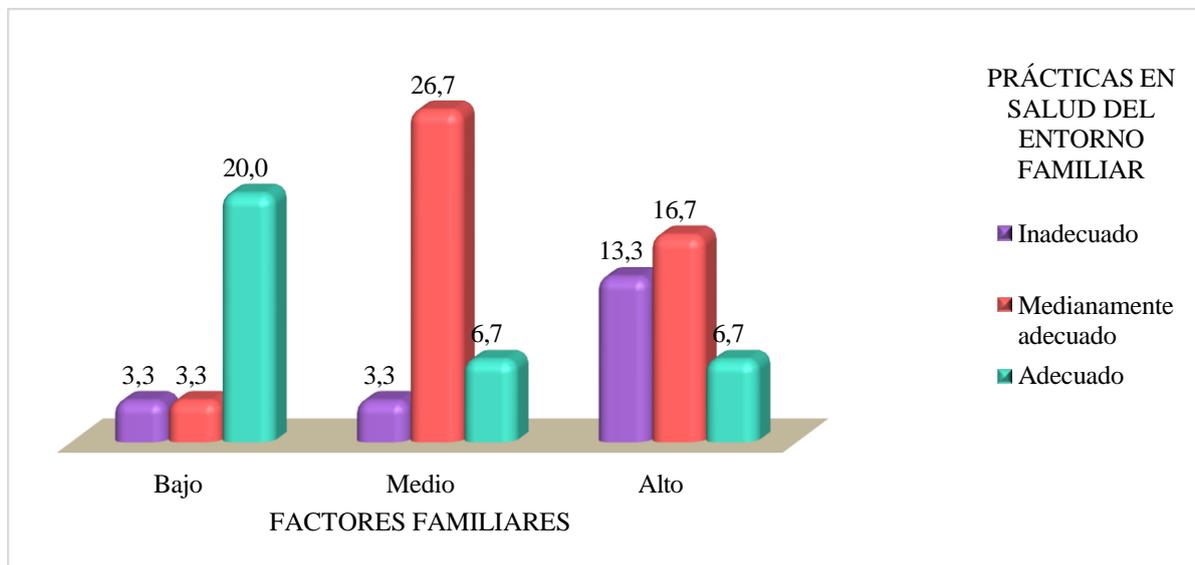
		PRÁCTICAS EN SALUD DEL ENTORNO FAMILIAR							
		Inadecuado		Medianamente adecuado		Adecuado		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
FACTORES FAMILIARES	Bajo	1	3.3	1	3.3	6	20.0	8	26.7
	Medio	1	3.3	8	26.7	2	6.7	11	36.7
	Alto	4	13.3	5	16.7	2	6.7	11	36.7
	Total	6	20.0	14	46.7	10	33.3	30	100.0

*Nota:* resultados obtenido a través del procesamiento de la información

En la Tabla 2 se evidencia que del total de pacientes encuestados con afecciones de tuberculosis atendidos en el Hospital María Auxiliadora en el año 2022, el 36.7% (11) presentan un abandono del tratamiento de TB en nivel alto debido a factores familiares, de los cuales el 16.7% (5) muestran prácticas en salud medianamente adecuadas en el entorno familiar; asimismo, se observa que el 36.7% (11) de los pacientes refieren un nivel medio de abandono del tratamiento por factores familiares, de los cuales, el 26.7% (8) reportan prácticas de salud en sus hogares medianamente adecuadas; mientras que del 26.7% (8) de pacientes con bajos niveles de abandono del tratamiento de TB por factores familiares el 20.0% (6) reportan adecuadas prácticas de salud en sus hogares.

### Figura 3

Representación gráfica de la relación de las prácticas de salud del entorno familiar y la dimensión factores familiares.



*Nota:* imagen ilustrativa obtenida a través del procesamiento de la información

**Análisis:** Se determina que la práctica inadecuada y medianamente adecuada de actividades de salud dentro del entorno familiar se debe en cierta medida a las malas relaciones familiares, falta de compromiso de los miembros y de apoyo familiar en la atención del paciente afectado con TBC lo cual conlleva a un alto nivel de deserción del tratamiento.

**Tabla 6**

*Relación entre las prácticas de salud del entorno familiar y la dimensión factores sociales.*

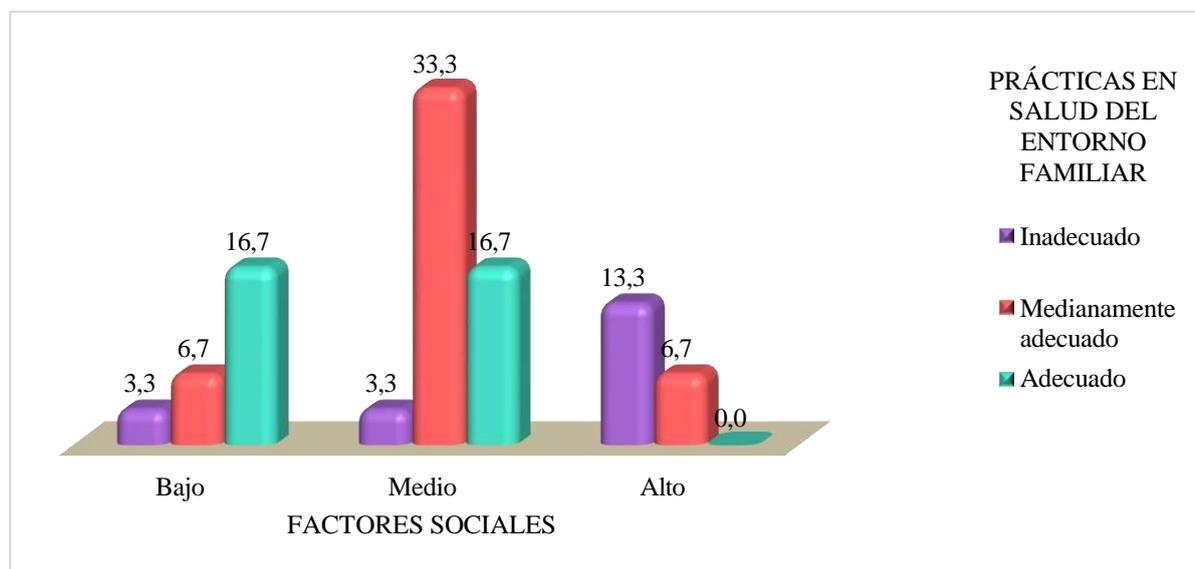
		PRÁCTICAS EN SALUD DEL ENTORNO FAMILIAR							
		Inadecuado		Medianamente adecuado		Adecuado		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
FACTORES SOCIALES	Bajo	1	3.3	2	6.7	5	16.7	8	26.7
	Medio	1	3.3	10	33.3	5	16.7	16	53.3
	Alto	4	13.3	2	6.7	0	0.0	6	20.0
	Total	6	20.0	14	46.7	10	33.3	30	100.0

*Nota:* resultados obtenido a través del procesamiento de la información

En la Tabla 3 se evidencia que del total de pacientes encuestados con afecciones de tuberculosis atendidos en el Hospital María Auxiliadora en el año 2022, el 53.3% (16) presentan un abandono del tratamiento de TB en nivel medio debido a factores sociales, de los cuales el 33.3% (10) muestran prácticas en salud medianamente adecuadas en el entorno familiar; por su parte, se observa que el 26.7% (8) de los pacientes refieren un nivel bajo de abandono del tratamiento por causas sociales, de los cuales, el 16.7% (5) reportan adecuadas prácticas de salud en sus hogares; mientras que del 20.0% (6) de pacientes con altos niveles de abandono del tratamiento de TB por aspectos sociales el 13.3% (4) reportan inadecuadas prácticas de salud en el entorno familiar.

**Figura 4**

*Representación gráfica de la relación entre las prácticas de salud del entorno familiar y la dimensión factores sociales.*



*Nota:* imagen ilustrativa obtenida a través del procesamiento de la información

**Análisis:** Se determina que la práctica inadecuada de actividades sanitarias, de higiene, alimentación y control de hábitos en el entorno familiar condicionan los altos niveles de abandono del tratamiento de TB conforme a que el paciente afectado siente temor de ser rechazado en el contexto social.

**Tabla 7**

*Relación entre las prácticas de salud del entorno familiar y la dimensión factores culturales.*

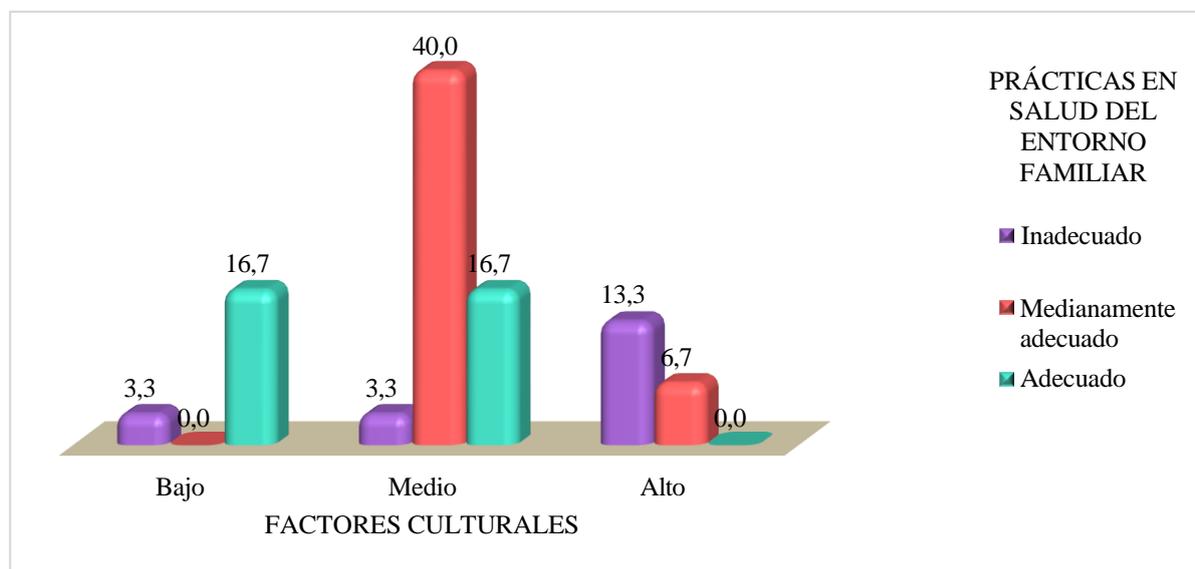
		PRÁCTICAS EN SALUD DEL ENTORNO FAMILIAR							
		Inadecuado		Medianamente adecuado		Adecuado		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
FACTORES CULTURALES	Bajo	1	3.3	0	0.0	5	16.7	6	20.0
	Medio	1	3.3	12	40.0	5	16.7	18	60.0
	Alto	4	13.3	2	6.7	0	0.0	6	20.0
	Total	6	20.0	14	46.7	10	33.3	30	100.0

*Nota:* resultados obtenido a través del procesamiento de la información

En la Tabla 4 se evidencia que del total de pacientes encuestados con afecciones de tuberculosis atendidos en el Hospital María Auxiliadora en el año 2022, el 60.0% (18) presentan un abandono del tratamiento de TB en nivel medio debido a factores culturales, de los cuales el 40% (12) muestran prácticas en salud en el entorno familiar medianamente adecuadas; por su parte, se observa que el 20% (6) de los pacientes refieren un nivel bajo de abandono del tratamiento por causas culturales, de los cuales, el 16.7% (5) reportan adecuadas prácticas de salud en sus hogares; asimismo, el 20.0% (6) de pacientes presentan altos niveles de abandono del tratamiento de TB por factores culturales de donde el 13.3% (4) reportan inadecuadas prácticas de salud.

**Figura 6**

*Representación gráfica de la relación entre las prácticas de salud del entorno familiar y la dimensión factores culturales.*



*Nota:* imagen ilustrativa obtenida a través del procesamiento de la información

**Análisis:** Se determina que la práctica inadecuada de actividades de salud como malos hábitos alimenticios, de limpieza, falta de autocontrol y consultas preventivas en el contexto de la familia auspician altos niveles de abandono del tratamiento de TB en los pacientes toda vez que sea afectado por sus creencias culturales.

#### IV. CONCLUSIONES

- a. Al evaluar el vínculo entre las prácticas de salud del entorno familiar y el abandono de tratamiento en pacientes afectados con TB atendidos en el Hospital María Auxiliadora en el año 2022, se determinó en el estudio mayor proporción de pacientes con prácticas en salud medianamente adecuadas refiriendo un nivel medio de abandono del tratamiento (40%), lo que demuestra que una adecuada práctica de controles médicos en la familia, buenas medidas de saneamiento en los hogares, buena higiene personal, adecuada alimentación y manejo de los hábitos contribuyen al bajo nivel de abandono del tratamiento de tuberculosis.
- b. En función al vínculo entre las prácticas de salud del entorno familiar y la dimensión factores familiares del abandono de tratamiento de TB, se evidencia que la implementación adecuada de actividades de salud dentro del entorno familiar con buenas relaciones familiares, compromiso y apoyo sobre la atención del paciente afectado con tuberculosis permite un bajo nivel de deserción al tratamiento.
- c. Referente al vínculo entre las prácticas de salud del entorno familiar y la dimensión factores sociales, se observa que la práctica adecuada de actividades sanitarias, de higiene, alimentación y control de hábitos en el entorno familiar hacen que el paciente perciba aceptación por parte de la sociedad lo cual permite reducir el abandono del tratamiento de tuberculosis.
- d. Conforme a la asociación entre las prácticas de salud del entorno familiar y la dimensión factores culturales, se contrasta que la práctica adecuada de actividades de salud mediante el fortalecimiento de conocimientos sobre la enfermedad genera confianza en los pacientes afectados minimizando el riesgo de abandonar el tratamiento de tuberculosis por creencias culturales.

## V. RECOMENDACIONES

Con base a los hallazgos encontrados en la investigación, se sugiere a la directiva del Hospital María Auxiliadora:

- a. Promover un plan de capacitación dirigido a los pacientes y familiares sobre las medidas y prácticas de salud que deben adoptar en los hogares para mejorar la calidad de vida de las personas afectadas, con la finalidad de prevenir la propagación de la enfermedad y garantizar la adherencia al tratamiento de tuberculosis.
- b. Ofrecer un equipo de profesionales multidisciplinarios para atender las necesidades de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis e incentivar el fortalecimiento familiar mediante la disposición de personal capacitado para orientar a las personas y apoyarlos en el proceso de la enfermedad.
- c. Impulsar un programa de concientización en las comunidades sobre la enfermedad de tuberculosis, tratamiento, formas de contagio, u otros aspectos importantes, a fin de reforzar las conductas de los pacientes afectados y prevenir su deserción al tratamiento.
- d. Mantener un control de los casos de tuberculosis reportados en la institución, haciendo seguimiento y visitas periódicas en sus hogares en virtud de reforzar el conocimiento y dudas que puedan presentar los pacientes sobre la enfermedad y su tratamiento.

## VI. REFERENCIA

- Allwood, B., Byrne, A., Meghji, J., Rachow, A., van der Zalm, M., y Schoch, O. (2021). Post-tuberculosis lung disease: clinical review of an under-recognised global challenge. *Respiration*, 100(8), 751-763. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33401266/>
- Arriola, H., Castillo, C., Quispe, P., y Torres, D. (2011). Factores asociados a la asistencia del paciente al tratamiento antituberculoso. *Revista Enfermería Herediana*. 4(2), 86-92. <https://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2011/febrero/07%20ANTITUBERCULOSO.pdf>
- Barmola, K. (2013). Family environment, mental health and academic performance of adolescents. *Sociology*, 2(12), 531-533. [https://www.researchgate.net/publication/263655162\\_Family\\_Environment\\_Mental\\_Health\\_and\\_Academic\\_Performance\\_of\\_Adolescents](https://www.researchgate.net/publication/263655162_Family_Environment_Mental_Health_and_Academic_Performance_of_Adolescents)
- Bates, M., Marais, B., y Zumla, A. (2015). Tuberculosis comorbidity with communicable and noncommunicable diseases. *Cold Spring Harbor perspectives in medicine*, 5(11). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4632868/>
- Bernuy, C. (2020). *Medidas preventivas de los familiares de pacientes con tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud Villa los Reyes Ventanilla, Perú 2020*. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/57346>
- Brand, É., Rossetto, M., Calvo, K., Winkler, G., y da Silva, D. (2019). Factors associated with directly observed treatment in tuberculosis/HIV coinfection cases in Porto Alegre, 2009-2013: A retrospective cohort. *PLoS One*, 14(10), e0222786. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222786>
- Cabral, A., Kritski, A., Land, M., y Sant'Anna, C. (2016). Abandonment of treatment for latent tuberculosis infection and socioeconomic factors in children and adolescents: Rio De Janeiro, Brazil. *PLoS One*, 11(5), e0154843. doi:10.1371/journal.pone.0154843

- Cáceres, M. (2004). Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. *Revista Médica UNAB.* 7(21)  
<https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/215/198>.
- Cáceres, M., y Orozco, L. (2007). Incidencia y factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso. *Revista Biomédica.* 27(4), 498-504.  
<https://doi.org/10.7705/biomedica.v27i4.170>
- Castilla, L. (2020). *Revisión de los modelos de atención domiciliaria para paciente adulto mayor con enfermedades crónicas y terminales desde la adherencia al tratamiento y calidad de vida.* [Tesis de maestría, Universidad EAN, Colombia]. Repositorio Institucional EAN. <https://repository.universidadean.edu.co/handle/10882/10322>
- Chóez, K., y López, B. (2022). *Abandono del tratamiento de tuberculosis en pacientes de 20 a 60 años que acuden al Centro de Salud Guasmo Sur, año 2021.* [Tesis de grado, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Ecuador] Repositorio Institucional UCSG. <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/18547>
- Christensen P. (2004). The health-promoting family: a conceptual framework for future research. *Social Science & Medicine;* 59(2): 377–387.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.10.021>
- Culqui, D., Grijalva C., Reátegui S., Cajo, J., y Suárez, L. (2005). Factores pronósticos del abandono del tratamiento antituberculoso en una región endémica del Perú. *Revista Panamá Salud Pública.* 18(1), 14-20.  
<https://www.scielosp.org/article/rpsp/2005.v18n1/14-20/>
- Dalens, E. (2012). *Factores que inducen al abandono de tratamiento en pacientes con Tuberculosis. Red de Salud Lima Norte y Rímac-San Martín-Los Olivos.* [Tesis de pregrado, Universidad Ricardo Palma]. Repositorio Institucional URP. <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/310>

- Fekadu, S.; Teshome, W.; y Alemu, G. (2015). Prevalence and determinants of Tuberculosis among HIV infected patients in south Ethiopia. *The Journal of Infection in Developing Countries*, 9(08), 898-904. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26322884/>
- Floe, A.; Hilberg, O.; Wejse, C.; Ibsen, R.; y Lokke, A. (2018). Comorbidities, mortality and causes of death among patients with tuberculosis in Denmark 1998–2010: a nationwide, register-based case–control study. *Thorax*, 73(1), 70-77. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28778918/>
- Guimarães T.; Amorim, C.; Barbosa, E. (2018). Nursing Care to a Patient Having Pulmonary Tuberculosis Disease and Comorbidites: Case eport. *Rev Fund Care Online*. 10(3):683-689. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.683-689>
- Llanes, M. (2021). *Prevención del Abandono de Tratamiento en Pacientes con Consumo Problemático de Sustancias*. [Tesis de grado, Universidad Siglo 21, Argentina]. Repositorio Institucional 21. <https://repositorio.21.edu.ar/handle/ues21/20932>
- Loayza, M. (2020). *Calidad de vida en pacientes de la estrategia sanitaria de control y prevención de tuberculosis en los Centros de Salud de San Sebastián, Santa Rosa y San Jerónimo, Cusco 2020*. [Tesis de grado, Universidad Andina del Cusco]. Repositorio Institucional UANDINA. <https://repositorio.uandina.edu.pe/handle/20.500.12557/4253>
- López, A. (2021). *Funcionalidad familiar, riesgo y abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar que acuden a la UMF 11, Tapachula Chiapas*. [Tesis de grado, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México]. Repositorio Institucional BUAP. <https://repositorioinstitucional.buap.mx/items/3c1f6fd1-98c4-4e19-ac46-e45b97660f4a>
- Machado Jr, A., Finkmoore, B., Emodi, K., Takenami, I., Barbosa, T., Tavares, M., y Riley, L. (2015). Risk factors for failure to complete a course of latent tuberculosis infection

- treatment in Salvador, Brazil. *The International journal of tuberculosis and lung Disease*, 13(6), 719-725. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19460247/>
- Michaelson, V., Pilato, K., y Davison, C. (2021). Family as a health promotion setting: A scoping review of conceptual models of the health-promoting family. *PLoS One*, 16(4), e0249707. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33844692/>
- Ministerio de Salud (2023). *Norma Técnica de Salud para el Cuidado Integral de la Persona afectada por Tuberculosis*. [Ministerio de Salud del Perú]. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/4034345-339-2023-minsa>
- Newman, S., Tumin, R., Andridge, R., y Anderson, S. (2015). Family meal frequency and association with household food availability in United States multi-person households: National Health and nutrition examination survey 2007-2010. *PLoS One*, 10(12), e0144330. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0144330>
- Novoa, D. (2020). *Factores de riesgo del abandono al tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos en la IPRES I-3, Cardozo 2021*. [Tesis de grado, Universidad Científica del Perú, Iquitos]. Repositorio Institucional UCP. <http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/1684>
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Self-care in the context of primary health care* (No. SEA-HSD-320). WHO Regional Office for South-East Asia. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/206352>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Guidelines for treatment of drug-susceptible tuberculosis and patient care*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255052/9789241550000-eng.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Global tuberculosis report 2021*. Geneva: World Health Organization, 2021. <https://www.who.int/publications/digital/global-tuberculosis-report-2021>

- O'Toole, R., Shukla, S., y Walters, E. (2015). TB meets COPD: An emerging global co-morbidity in human lung disease. *Tuberculosis*, 95(6), 659-663. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26386744/>
- Oudhof, H., Mercado, A., y Robles, E. (2019). Cultura, diversidad familiar y su efecto en la crianza de los hijos. *Estudios sobre las culturas contemporáneas*, 14(48), 65-84. <https://www.redalyc.org/journal/316/31657676005/html/>
- Palomino, M., y Toro, L. (2014). La convivencia familiar y sus factores implicados en dos comunidades del municipio de Anserma-Caldas. *Revista Criterio Libre Jurídico*, 11(1), 65-84. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7830025.pdf>
- Penney, T., McIsaac, J., Storey, K., Kontak, J., Ata, N., Kuhle, S., y Kirk, S. (2018). A translational approach to characterization and measurement of health-promoting school ethos. *Health Promotion International*, 33(6), 980-989. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6269630/>
- Plata, C. (2015). Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antituberculosis. *Revista Ciencia y Cuidado*. 12(2), 26–38. <https://doi.org/10.22463/17949831.507>
- Prado, T., Rajan, J., Miranda, A., Días, E., Cosme, L., y Maciel, E. (2017). Clinical and epidemiological characteristics associated with unfavorable tuberculosis treatment outcomes in TB-HIV co-infected patients in Brazil: a hierarchical polytomous analysis. *Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 21, 162-170. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27936379/>
- Quintero, N., Rincón, J., y Ojeda J. (2013) Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes con TB. *Revista Ciencia y cuidado*. 10(1), 19- 27. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4454779>
- Reichler, M., Khan, A., Yuan, Y., Chen, B., McAuley, J., Mangura, B., y Sterling, T. (2020). Duration of exposure among close contacts of patients with infectious tuberculosis and

risk of latent tuberculosis infection. *Clinical Infectious Diseases*, 71(7), 1627-1634.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32044987/>

Rivadeneira, G. (2022). *Factores que inciden en el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar en los pacientes atendidos en el Distrito de Salud 08D01 Esmeraldas, Rioverde*. [Tesis de grado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador] Repositorio Institucional PUCESE. <https://repositorio.pucese.edu.ec/handle/123456789/3069>

Salud Madrid (2015). *Programa Regional de Prevención y Control de la Tuberculosis en la Comunidad de Madrid. Protocolo para el control de los contactos*. [Online].  
<http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017771.pdf>

Sante, M., y Valdivia, M. (2020). *Factores que influyen en el abandono o éxito del tratamiento de pacientes con tuberculosis*. [Tesis de especialización, Universidad Norbert Wiener, Lima]. Repositorio Institucional Uwiener.  
<https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/4457>

Soares, L., Spagnolo, L., Tomberg, J., Zanatti, C., y Cardozo, R. (2020). Relationship between multimorbidity and the outcome of the treatment for pulmonary tuberculosis. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32520116/>

Soza, P., Norma, I.; Susan, M., y Mauricio, L. (2005) Abandono del tratamiento de la tuberculosis en Nicaragua: resultados de un estudio comparativo. *Revista de Panamá Salud Pública*, 17(4) 271-278.  
[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-)

Ugarte, C., Curisinche, M.; Herrera, E., Hernández, H., y Ríos, J. (2021). Situación de la comorbilidad tuberculosis y diabetes en personas adultas en el Perú, 2016-2018. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 38, 254-260.  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-)

- Van Kleffens, T., y Van Leeuwen, E. (2015). Physicians' evaluations of patients' decisions to refuse oncological treatment. *Journal of medical ethics*, 31(3), 131-136.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1734113/>
- Vargas, J. (2022). *Factores de riesgo sociodemográficos asociados al abandono del tratamiento de tuberculosis en el Centro de Salud Delicias de Villa – Chorrillos durante el periodo enero 2017 – junio 2020*. [Tesis de grado, Universidad Ricardo Palma]. Repositorio Institucional URP.  
<https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/5682>
- Yupanqui, M. (2020). *Factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento en los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Madre Teresa de Calcuta, El Agustino, 2018*. [Tesis de grado, Universidad Nacional del Callao]. Repositorio Renati.  
[https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/183/browse?type=title&sort\\_by=1&order](https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/183/browse?type=title&sort_by=1&order)

## VII. ANEXOS

### Anexo A

#### Evaluación a través de la ficha social validada por el Departamento de Servicio Social

##### I. Datos generales del paciente

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_ DNI : \_\_\_\_\_

Familiares Representantes (responsable): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_

Servicio: \_\_\_\_\_ N° de Cama: \_\_\_\_\_

Dx Médico: \_\_\_\_\_

##### Diagnóstico social

---



---



---



---



---



---



---

##### II. Problema Actual

---



---



---



---

**Trabajadora Social o Responsable**

APELLIDOS y nombres: \_\_\_\_\_ HC: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_

## Informe de Evaluación Social

### I. DATOS GENERALES

Apellidos y nombres: \_\_\_\_\_ Edad: \_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Dirección de Salud: \_\_\_\_\_

Establecimiento de Salud: \_\_\_\_\_

### II. FACTORES DE RIESGO SOCIAL

Alcoholismo Si ( ) No ( )

Drogadicción Si ( ) No ( )

Trabajador sexual Si ( ) No ( )

Delincuencia Si ( ) No ( )

Privación de la libertad Si ( ) No ( )

Desamparo Si ( ) No ( )

Desempleo Si ( ) No ( )

### III. RIESGOS DE IRREGULARIDAD O ABANDONO AL TRATAMIENTO

Existe riesgo de abandono de tratamiento Si ( ) No ( )

Existe riesgo por irregularidad al tratamiento Si ( ) No ( )

### IV. DIAGNOSTICO SOCIAL

---



---



---



---

### V. PLAN DE ACCIÓN

---



---



---



---

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y sello de la Asistente Social







**Anexo B**  
**Visitas domiciliarias**

**I. Datos del paciente**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ HC: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ DNI N° : \_\_\_\_\_

**II. Objetivo de la visita**

\_\_\_\_\_

**III. Situación encontrada**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**IV. Aspectos positivos identificados**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**V. Acciones realizadas durante la visita**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**VI. Acuerdos tomados con la familia o entrevistado**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Firma del declarante

\_\_\_\_\_

T.S.

## Anexo C

**UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLAREAL  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**

**CUESTIONARIO PARA MEDIR RELACION ENTRE PRÁCTICAS DE  
SALUD DEL ENTORNO FAMILIAR Y ABANDONO DE  
TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TBC**

**Instrucciones:** Buenos días:

A continuación, te presentamos un cuestionario que permitirá medir la relación entre prácticas de salud del entorno familiar y abandono de tratamiento en pacientes con TBC, no se solicita datos personales, no dejes interrogantes sin que se respondan.

Marca con una X la respuesta que creas conveniente según la frecuencia en que ocurre tal situación.

N°	DIMENSIONES/ÍTEMS	Respuesta		
<b>VARIABLE: PRÁCTICAS EN SALUD DEL ENTORNO FAMILIAR</b>				
	<b>CONTROL MEDICO DE CONTACTOS</b>	Nunca	A veces	Siempre
1	Los miembros de tu familia se realizan la prueba de Rayos X			
2	Los miembros de tu familia se acercan al Centro de salud para realizarse sus chequeos respectivos			
3	Sus familiares menores de 19 años recibieron Quimioprofilaxis			
	<b>MEDIDAS DE SANEAMIENTO</b>	Nunca	A veces	Siempre
4	Abre usted a diario las ventanas de su casa			
5	Su habitación es compartida por varias personas			
6	Los miembros de su familia se cubren su boca y nariz cuando estornuda			
	<b>HIGIENE</b>	Nunca	A veces	Siempre
7	Se lava frecuentemente las manos			
8	Usa agua y jabón para lavarse las manos			
9	Usa algún tipo de desinfectante al limpiar su casa			
	<b>ALIMENTACIÓN</b>	Nunca	A veces	Siempre

10	Consume usted sus 3 comidas al día			
11	Consume carnes dentro de sus comidas			
12	Consume cereales dentro de sus comidas			
13	Consume leche dentro de sus comidas			
14	Consume huevos carnes			
	<b>CONTROL DE HÁBITOS</b>	Nunca	A veces	Siempre
15	Consume alcohol			
16	Consume drogas			
17	Fuma			
<b>VARIABLE: ABANDONO DE TRATAMIENTO</b>				
	<b>FACTORES FAMILIARES</b>	Nunca	A veces	Siempre
18	Otros miembros de su familia han sido afectados con TBC			
19	Se afecta las relaciones familiares al abandonar el tratamiento			
20	Al abandonar el tratamiento tiene apoyo de su familia para retomar su tratamiento			
21	Cuando abandona el control por más de una semana su familia se comunica con el personal de salud			
22	Se acerca el personal de salud a tu familia si perciben abandono de tratamiento			
	<b>FACTORES SOCIALES</b>	Nunca	A veces	Siempre
23	Siente temor de ser aislado por su familia por abandonar su tratamiento TBC			
24	Se siente intimidado de que los vecinos conozcan su diagnóstico de TBC			
25	Considera que la extrema pobreza es un factor que incide en el abandono de su tratamiento de TBC			
26	Recibió información sobre las consecuencias del abandono de tratamiento de TBC			
27	Considera que al abandonar el tratamiento se convierte en alto riesgo social			
	<b>FACTORES CULTURALES</b>	Nunca	A veces	Siempre

<b>28</b>	Considera que sus creencias culturales sobre la TBC influyen en el abandono del tratamiento			
<b>29</b>	Su familia usa medicina natural para atender la TBC			
<b>30</b>	Su religión influyó en el abandono del tratamiento de la TBC			
<b>31</b>	Considera que la clase social influye en el abandono de tratamiento de TBC			
<b>32</b>	Su familia le da importancia al abandono de Tratamiento de TBC			

<b>Categorías</b>	<b>Puntuación</b>
Nunca	0
A veces	1
Siempre	2

#### **Baremación de las variables**

NIVEL	CONTROL MEDICO DE CONTACTOS	MEDIDAS DE SANEAMIENTO	HIGIENE	ALIMENTACIÓN	CONTROL DE HÁBITOS	PRÁCTICAS EN SALUD DEL ENTORNO FAMILIAR
Inadecuada	0 - 2	0 - 2	0 - 2	0 - 3	0 - 2	0 - 11
Medianamente adecuada	3 - 4	3 - 4	3 - 4	4 - 7	3 - 4	12 - 23
Adecuada	5 - 6	5 - 6	5 - 6	8 - 10	5 - 6	24 - 34

NIVEL	FACTORES FAMILIARES	FACTORES SOCIALES	FACTORES CULTURALES	ABANDONO DE TRATAMIENTO
Bajo	0 - 3	0 - 3	0 - 3	0 - 10
Medio	4 - 7	4 - 7	4 - 7	11 - 20
Alto	8 - 10	8 - 10	8 - 10	21 - 30